



# DESAFÍOS Y LECCIONES APRENDIDAS

Prevención de las ITS, el VIH y el SIDA entre  
hombres gay y otros hombres que tienen sexo con  
hombres en América Latina y el Caribe latino



por la Asociación para la Salud Integral y  
Ciudadanía en América Latina y el Caribe

# DESAFÍOS Y LECCIONES APRENDIDAS

Prevención de las ITS, el VIH y el SIDA entre  
hombres gay y otros hombres que tienen sexo con  
hombres en América Latina y el Caribe latino



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

International  
HIV/AIDS  
**Alliance**



Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina y el Caribe  
(ASICAL)

Con el apoyo de: International HIV/AIDS Alliance  
The POLICY Project  
The Synergy Project

Auspiciado por: USAID

© 2005 Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina y el Caribe. Todos los derechos reservados.

Este texto puede ser reproducido total o parcialmente siempre y cuando se cite la fuente.

Las opiniones aquí expresadas corresponden al comité editorial y no necesariamente reflejan el punto de vista de USAID, International HIV/AIDS Alliance, The POLICY Project o The Synergy Project.

Reconocimientos:

**Comité editorial:**

Orlando Montoya, ASICAL  
Rubén Mayorga, ONUSIDA  
Javier Hourcade, International HIV/AIDS Alliance  
Ken Morrison, The POLICY Project  
Jeffrey B. Stanton, Family Health International  
Clifton Cortez, USAID

**Sistematización y redacción:** Anuar Luna y Juan Pablo Goya

**Agradecimientos:**

ASICAL desea expresar su agradecimiento a las siguientes personas y organizaciones que colaboraron en la elaboración del presente manual:

Lindsay Stewart, Jaya Chimnani, Susan Duberstein, Virginia Lamb y José Antonio Izazola.  
INSP (Instituto Nacional de Salud Pública, México).  
LACCASO (Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones no Gubernamentales con Servicio en VIH/SIDA).  
OASIS (Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral Frente al SIDA).  
PASCA (Proyecto Acción SIDA de Centroamérica).  
PASMO (Pan American Social Marketing Organization).  
REDCA+ (Red Centroamericana de Personas que Viven con VIH/SIDA).  
REDLA+ (Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH/SIDA).  
REDPES (Red Latinoamericana y del Caribe en Planificación Estratégica en SIDA).  
ABGLT (Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Transgéneros).

También deseamos agradecerles a todos los participantes del taller regional sobre Desafíos en el Trabajo de Prevención para HG y otros HSH, que se realizó en la Ciudad de Guatemala del 27 al 30 de octubre de 2003 (ver lista de participantes en anexo).



Esta publicación fue financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en virtud del contrato HRN-C-00-99-00005-00. Social & Scientific Systems, Inc. es el administrador de The Synergy Project. Las opiniones que se expresan aquí son las de sus autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID, el gobierno de Estados Unidos o de Social & Scientific Systems, Inc.

# Índice

Acrónimos.....	v
<b>Resumen ejecutivo</b> .....	vi
Acerca de este manual.....	1
<b>Antecedentes</b> .....	3
Dinámica de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe latino.....	3
Epidemiología: Información para la acción .....	4
La respuesta de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina y el Caribe (ASICAL).....	5
<b>Proceso de elaboración de este manual</b> .....	7
<b>Capítulo 1</b>	
Desafíos y estrategias en la prevención entre HG y HSH en América Latina y el Caribe latino .....	9
Investigación .....	9
Prevención .....	11
Incidencia política.....	15
Incremento y desarrollo de capacidades y habilidades .....	16
<b>Capítulo 2</b>	
Lecciones aprendidas.....	18
Introducción.....	18
Proceso: puesta en marcha de las intervenciones.....	20
Diagnósticos para analizar la situación y la respuesta.....	20
Planificación y diseño de intervenciones .....	21
Alianzas estratégicas.....	22
Documentación y sistematización .....	23
Participación e involucramiento de las poblaciones meta .....	25
Resultados.....	26
Incremento de conocimientos y percepción del riesgo .....	26
Cambios de comportamiento .....	28
Cambios de actitudes externas hacia temas relevantes entre actores clave .....	30
Abordaje del estigma y la discriminación .....	32
Abordaje de poblaciones de difícil acceso o invisibles .....	34
Monitoreo y evaluación.....	35
<b>Capítulo 3</b>	
Orientaciones estratégicas para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA entre HG y otros HSH en América Latina y el Caribe latino.....	42
Diseño de modelos e investigación.....	42
Intervenciones .....	43
Monitoreo y evaluación .....	44
Formación de alianzas y comunicación .....	44
Capacitación.....	45
Búsqueda de fondos.....	46

## Capítulo 4

Conclusiones .....	47
Los 10 fundamentos para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA entre HG y otros HSH en América Latina y el Caribe.....	47
1. Información .....	47
2. Libertad de elección .....	47
3. Acceso a productos de consumo para la prevención .....	48
4. Servicios de salud de calidad .....	48
5. Organización y congregación.....	49
6. Acceso a recursos .....	50
7. Estigma y discriminación .....	50
8. Involucramiento en la toma de decisiones .....	51
9. Desarrollo de capacidades .....	51
10. Investigación y evaluación .....	52

## Anexos

Glosario .....	53
Referencias bibliográficas .....	59
Lista de participantes en el taller de Guatemala .....	62

## Acrónimos

<b>ARV</b>	Antirretroviral (medicamento)
<b>HG</b>	Hombres Gay
<b>HSH</b>	Hombres que tienen Sexo con Hombres
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>LACCASO</b>	Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones no Gubernamentales con Servicio en VIH/SIDA
<b>M&amp;E</b>	Monitoreo y Evaluación
<b>OASIS</b>	Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral Frente al SIDA
<b>ONG</b>	Organizaciones no Gubernamentales (con reconocimiento legal)
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>PASCA</b>	Proyecto Acción SIDA de Centroamérica
<b>PASMO</b>	Pan American Social Marketing Organization
<b>PVVS</b>	Persona que Vive con VIH/SIDA
<b>REDCA+</b>	Red Centroamericana de Personas que Viven con VIH/SIDA
<b>REDLA+</b>	Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH/SIDA
<b>REDPES</b>	Red Latinoamericana y del Caribe en Planificación Estratégica en SIDA
<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>VIH/SIDA</b>	Se usa para denominar al fenómeno vinculado entre la infección por el VIH (no necesariamente un proceso relacionado con la enfermedad) y la aparición del SIDA (vinculado con la aparición de una o varias enfermedades).

# Resumen ejecutivo

La materia prima de este manual son los resultados del taller regional *Desafíos en el Trabajo de Prevención para Hombres Gay y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres*, que se realizó en la Ciudad de Guatemala a finales de 2003; y el esfuerzo, creatividad, experiencia y voluntad de los 35 participantes, provenientes de 15 países de América Latina (ver anexo). Este documento sistematiza las experiencias allí compartidas.

En este manual el lector podrá encontrar los desafíos, las lecciones aprendidas, orientaciones estratégicas y a manera de conclusiones 10 fundamentos para el trabajo de prevención del VIH/SIDA para HG y otros HSH en América Latina y el Caribe latino. Este bagaje se complementa con estudios de caso, información práctica sobre intervenciones clave, un glosario y una bibliografía.

A lo largo de más de 20 años de historia de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe latino han surgido diversas y variadas experiencias. Muchas de ellas constituyen el legado de personas y organizaciones gay en la prevención y atención del VIH/SIDA para sus pares y otros sectores de la sociedad. Dichas experiencias han enfrentado distintos desafíos, que han evolucionado de acuerdo con la forma en que la epidemia se ha modificado debido a diversos factores sociales, geográficos, demográficos, culturales, económicos y políticos.

Entre los temas sobresalientes de este manual se encuentran la descripción de los sistemas públicos de atención para la salud y los obstáculos que pueden hacerlos deficientes por no estar preparados para brindarles servicios a poblaciones diferentes a la heterosexual y la materno infantil.

Además aborda temas relacionados con los gobiernos y cómo cuando éstos enfrentan numerosas crisis, tanto políticas como económicas y sociales, se han visto limitaciones en la atención de la salud de grupos de población marginados o socialmente rechazados. Se refiere a las dificultades que enfrentan los tratamientos relacionados con el principal problema de salud (VIH o SIDA) de los HG y otros HSH debido a factores como los valores prevalecientes, que rechazan las prácticas sexuales entre varones, y explica cómo la política y la religión no siempre pueden estar desvinculadas en las mentes de quienes toman decisiones.

Describe también la forma en que los grupos socialmente marginados y rechazados se vuelven más vulnerables aún, ya que a la agresión, la violencia, el rechazo, el estigma y la discriminación prevalecientes se suma el riesgo de adquirir el VIH. Analiza cómo el enfoque heterosexual de los sistemas de salud de la región hace que esta vulnerabilidad se vuelva aún más peligrosa, ya que si los HG y otros HSH han adquirido el virus, sus oportunidades de acceder a los servicios de salud que les ayuden a mantener su sistema inmunológico saludable son limitadas.

El manual enfatiza la importancia de generar ambientes favorables que permitan que existan estrategias de prevención que atiendan a este sector de la población, siempre tomando como base la experiencia y el aprendizaje comunitarios.

También analiza la manera en que es indispensable para quienes toman decisiones comprender la urgencia de invertir recursos para frenar el avance de la epidemia entre este grupo. Actuar a tiempo puede prevenir que muchos de estos hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres esporádicamente les transmitan el virus a sus parejas femeninas y evitar que la epidemia crezca en otros grupos. Esto se hace siempre en un marco de protección de los derechos humanos y procuración de justicia.

El manual sugiere que para que esto sea posible es indispensable generar sistemas de apoyo que aseguren un cambio sustentable en la forma de percibir las prácticas sexuales entre

hombres y abordar con la seriedad que se requiere los temas relacionados con su salud y la del resto de la población.

El documento pretende ser una herramienta que sistematice la riqueza de las experiencias que se compartieron en el taller de Guatemala, sin limitarse a una simple memoria de los trabajos del taller. Este manual pretende brindar información práctica que les ayude a las organizaciones de HG que trabajan en la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA entre los HG y otros HSH a mejorar su trabajo aprendiendo de otras experiencias y les ofrece información clave para incrementar sus capacidades y habilidades.

## Acerca de este manual

El presente manual busca ser una herramienta práctica en cuyo contenido los lectores puedan encontrar lecciones aprendidas derivadas de las experiencias de prevención de las ITS, el VIH y el SIDA entre HG y otros HSH de América Latina y el Caribe latino y de esta manera contribuir a facilitar las diversas respuestas que han surgido en la región.

Este manual está dividido en tres componentes fundamentales. El primero es un marco de referencia sobre el documento en sí mismo: qué contiene, a quién está dirigido y quiénes participaron en su elaboración. En la sección de antecedentes se aborda la situación actual de la epidemia del VIH/SIDA en la región y su vínculo con las poblaciones de hombres gay (HG) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), así como la forma en que ASICAL, organización editora del manual, ha contribuido en la respuesta a los desafíos de la epidemia en la región. También incluye una lista de los acrónimos que se utilizan en este manual.

El segundo componente presenta los productos del taller de Guatemala. Está dividido en secciones que describen las áreas temáticas que se trabajaron en octubre de 2003. La primera sección (Capítulo 1) aborda los desafíos y estrategias en la prevención entre HG y HSH en América Latina y el Caribe latino: investigación, prevención, incidencia política e incremento y desarrollo de capacidades y habilidades. Este capítulo además de enumerar las estrategias, logros, limitaciones y obstáculos más relevantes en las áreas programáticas claves del trabajo de prevención, contiene recuadros con información sintética sobre cada área programática.

El Capítulo 2 aborda directamente las lecciones aprendidas identificadas por los participantes del taller de Guatemala. El capítulo se inicia con una breve introducción de lo que son las lecciones aprendidas, para poder comenzar con su desarrollo, basado en un marco de referencia conceptual que les permita a los lectores redactar sus propios aprendizajes. Las lecciones aprendidas están organizadas en tres áreas: proceso, resultados y monitoreo y evaluación. Cada área describe intervenciones, procesos y métodos utilizados que han generado un acervo de aprendizaje para el trabajo de prevención de las ITS y el VIH/SIDA entre los HG y otros HSH de América Latina y el Caribe latino. A lo largo de este capítulo aparece una serie de cuadros sobre siete estudios de caso de organizaciones que documentaron y sistematizaron su trabajo, a fin de que sirvan de referencia y como una forma de compartir el trabajo regional.

El contenido del Capítulo 2 es el siguiente: Proceso: diagnósticos para analizar la situación y la respuesta; planificación y diseño de intervenciones; relaciones públicas y alianzas estratégicas; documentación y sistematización, y participación e involucramiento de las poblaciones meta. Resultados: Incremento de conocimientos y percepción del riesgo; cambios de comportamiento; cambios de actitudes hacia temas clave entre actores clave; abordaje del estigma y la discriminación; abordaje de poblaciones de difícil acceso o invisibles. Monitoreo y evaluación: monitoreo; evaluación de proceso, resultados e impacto e indicadores.

El Capítulo 3 describe una serie de orientaciones estratégicas para quienes desean hacer trabajo de prevención de las ITS y el VIH/SIDA entre HG y HSH, así como para quienes toman decisiones. En el Capítulo 4, a manera de conclusiones, se presentan 10 fundamentos necesarios para hacer exitosas las intervenciones de prevención.

El tercer y último componente son una serie de anexos, que complementan el cuerpo principal del documento. Éstos incluyen un glosario que describe los términos técnicos que aparecen en el manual. También se incluye una selección de referencias bibliográficas que complementan el contenido de este manual. Finalmente se presenta una lista de quienes asistieron al taller de Guatemala en octubre de 2003 como una forma de reconocimiento, pero también como referencia para quien desee contactarlos para continuar el proceso de intercambio y aprendizaje.

Este manual está dirigido a todas aquellas personas —principalmente grupos gay o de mujeres lesbianas, HG, bisexuales y personas travestis o transgénero— que hacen trabajo de prevención de las ITS y el VIH y que desean mejorar su desempeño a través de las experiencias de sus pares en otros países de la región. Aquellos que están considerando comenzar a trabajar en la prevención de las ITS y el VIH entre HG y otros HSH, encontrarían en este manual un material de referencia que les permita conocer de manera práctica y sintética un panorama de algunos de los desafíos y logros que se han alcanzado en la región.

De igual manera el manual busca servir como una herramienta orientadora que apoye el trabajo de los políticos y de los encargados de formular las políticas públicas en materia de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe latino, tales como el personal que participa en los Programas Nacionales de SIDA, los legisladores y los políticos responsables de la elaboración de normas, lineamientos, directrices y presupuestos, tanto nacionales como regionales.

En este contexto, el presente manual es apenas un grano de arena en la tarea de sistematizar y documentar la historia de la epidemia, las experiencias, los logros y retos que ha planteado y continuará planteando conforme evolucione en la región. Seguramente muchas experiencias relevantes o que marcaron hitos en esta historia no se mencionarán. Ello se debe principalmente a que el presente material tiene un carácter práctico y sintético, cuyo principal propósito es ejemplificar e ilustrar a través de estudios de caso algunas experiencias concretas, sin pretender ser un inventario exhaustivo de la vasta riqueza acumulada en estos años de activismo y trabajo comunitario.

# Antecedentes

## *Dinámica de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe Latino<sup>1</sup>*

En América Latina y el Caribe Latino las personas más afectadas por la epidemia son hombres gay (HG) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Esta afectación se mide en porcentajes de HG y HSH afectados por el VIH en relación con el total de HG y HSH en los países. Este término (HSH) describe no a una comunidad, sino a un grupo muy diverso que incluye a bisexuales, travestis, personas transgénero, trabajadores sexuales y un sinnúmero de hombres que por distintas razones y situaciones se relacionan, experimentan y/o mantienen prácticas homosexuales. Pueden ser adolescentes, hombres privados de su libertad, militares u hombres en otras situaciones de encierro; de esta manera HSH describe una categoría epidemiológica para determinar la transmisión del VIH por prácticas sexuales específicas, independientes de la orientación y/o identidad sexual y el género de los individuos.

En 1983 se diagnosticó el primer caso de VIH/SIDA en América Latina y el Caribe latino. En aquel tiempo, en muchos países de la región se vivía una transición política de regímenes militares dictatoriales a incipientes procesos democratizadores. La epidemia, como en otras regiones del mundo, afectó inicialmente casi exclusivamente a muchos grupos de hombres homosexuales. Muchos de ellos estaban en pleno proceso de organización, comenzando a reivindicar sus derechos. En este contexto, la llamada “peste gay” se convirtió en un factor que obstaculizó este proceso. Las sociedades “culpabilizaron” a los hombres homosexuales de la transmisión del VIH. Los efectos de la epidemia han sido devastadores en las comunidades gays y para otros HSH de la región.

En la mayoría de los países, los sistemas de salud priorizaban la salud materna e infantil y no contaban con la preparación para asumir el gran reto del SIDA. Existía experiencia en el tratamiento de las ITS con un énfasis en trabajadoras sexuales, pero existía un vacío en el abordaje de la salud sexual, sobre todo masculina. Estos sistemas de salud no sabían cómo abordar el VIH y el SIDA, los entendían como un fenómeno foráneo de salud y sexualidad masculina que además afectaba a ciudadanos con poco poder de movilización social y política. Ante la negación imperante y la mortalidad prematura de miles de HG y otros HSH, la base comunitaria comenzó a responder con actividades de apoyo integral a las personas que viven con VIH o SIDA (PVVS) y actividades de prevención para sí mismos o para el “resto de la población”.

La naturaleza de nuestras estructuras profundizó el estigma que ya prevalecía hacia los HG y junto con un creciente número de casos femeninos, generó la necesidad de “deshomosexualizar” las epidemias del VIH en la región. Esto ha traído como resultado que los recursos utilizados para la prevención en estos grupos continúen muy por debajo de la magnitud de sus epidemias de VIH. La ausencia de atención a la salud masculina en general por distorsiones de género, el enfoque tradicional y punitivo de la prevención del SIDA y el diseño heterosexual de los servicios para personas que viven con VIH, entre otros, afecta la calidad de los servicios y la capacidad social para combatir la epidemia. Al no aceptar la existencia del sexo entre hombres, tampoco se reconoce la necesidad de investigar, legislar y formular políticas y normas en este campo, menos aún de brindar servicios.

Pese a este panorama, debemos reconocer que actualmente existe un movimiento que poco a poco está generando cambios en las estructuras, enfocados en reducir el estigma y la discriminación hacia los HG y otros HSH y hacia las personas que viven con VIH. Poco a poco

---

<sup>1</sup> Mayorga, Rubén. Adaptado de la Introducción a la Guía de Incidencia Política en VIH/SIDA: hombres gay y otros HSH. ASICAL. 2003.

los gobiernos y las sociedades están cambiando y el papel de los activistas y los trabajadores comunitarios ha sido y sigue siendo crucial para que estos cambios ocurran.

## **Epidemiología: Información para la acción<sup>2</sup>**

La información epidemiológica sobre el VIH y el SIDA se utiliza por un lado para hacer una prevención eficiente en el empeño por eliminar la enfermedad y, por otro, para brindarles atención adecuada a las poblaciones afectadas. En otras palabras, la epidemiología guía la utilización de recursos preventivos y de asistencia.

Los patrones epidemiológicos intentan describir las características de tiempo, lugar y persona. En el caso del VIH y el SIDA existen diversas mediciones de estas epidemias. Para el SIDA, se contabilizan los casos diagnosticados, mientras para el VIH se estiman las prevalencias en poblaciones o grupos de población afectados o de interés.

Lo que hoy conocemos como la epidemia del VIH/SIDA se compone de múltiples y variadas epidemias nacionales, regionales o locales. Estas epidemias o subepidemias, a su vez, pueden estar entrelazadas y depender unas de otras. Con frecuencia existe alarma ante el inicio inesperado de casos de una enfermedad, para luego tratar con complacencia su aparición crónica en algunas zonas o poblaciones.

La epidemia por vía sexual en América Latina y el Caribe latino se ha tipificado como concentrada, principalmente en HSH. A pesar de esta situación, nuestros avances para focalizar acciones preventivas han sido limitados. Los datos existentes confirman que la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe latino es todavía eminentemente urbana, masculina y creciente, y la única forma de detenerla tempranamente es prevenir que se infecten las personas que actualmente tienen mayor probabilidad que otras de hacerlo. Dicha prevención, además, disminuirá la transmisión de hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres a estas últimas. La prevención en HSH puede disminuir la tendencia a la feminización de la epidemia en América Latina y el Caribe latino.

Brindarles atención médica adecuada a quienes viven con VIH o con SIDA es tan sólo una parte de la lucha contra la discriminación y el prejuicio, de una estrategia integral que no puede basarse en mal entender lo que se pudo prevenir. La prevención puede lograrse mediante diversas estrategias. Así lo afirman expertos en áreas que tienen que ver con el cambio de conducta necesario para prevenir el VIH/SIDA. Las intervenciones requieren de una adecuada selección de poblaciones objetivo y del sustento teórico y técnico correspondientes.

Una estrategia de prevención exitosa dirigida a HG y otros HSH es aquella que parte del tejido social que los coloca en situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, la sociedad no acepta ni favorece relaciones amorosas entre dos hombres, menos aún si son duraderas. Ello puede contribuir a un cambio frecuente de parejas sexuales.

La condición de marginalidad es un factor que hace que el sexo entre hombres sea anónimo o clandestino. En esas circunstancias, el centro de la sexualidad es el intercambio sexual múltiple. El cuidado, la responsabilidad y todo lo que conlleva una relación íntima en otro tipo de situaciones no se da. Así, confluyen diversos factores que hacen que los HG y otros HSH tengan la mayor probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual, incluso el VIH.

La epidemiología puede ser una herramienta para apoyar el trabajo de prevención entre HG y otros HSH: “información para la acción”. La incidencia política para incrementar y consolidar los programas eficaces para evitar la transmisión homosexual del VIH precisa de la información epidemiológica para sustentar sus demandas. La información epidemiológica

---

<sup>2</sup> Izazola, José Antonio. Adaptado del Capítulo 1 de la Guía de Incidencia Política en VIH y SIDA: hombres gay y otros HSH. ASICAL. 2003.

también puede contribuir a que las campañas de prevención oficiales se dirijan a quienes se están infectando realmente: a determinar exactamente quiénes y por qué se están infectando y prevenir ahí, donde es prioritario. La epidemiología nos orienta en el diseño de programas específicos de prevención para cada realidad concreta, tomando en cuenta las diferencias sociales y geográficas en el número de casos, prevalencia de infección, prácticas sexuales y uso del condón, entre otros factores.

La incidencia política contribuye a generar los cambios necesarios para que los estados realicen los esfuerzos correspondientes para eliminar las condiciones legales, políticas y sociales que refuerzan la marginalidad y vulnerabilidad de los HG y otros HSH.

En América Latina y el Caribe latino, y aún en cada país, coexiste una variedad de epidemias. Cada epidemia debe ser cabalmente atendida. Es de vital importancia reconocer que la epidemia entre los HG y otros HSH es la más antigua y la más desatendida en términos de políticas públicas y de financiamiento. Si logramos atenderla ahora, estamos a tiempo de evitar que miles de ellos pasen a vivir con el VIH y que les transmitan el virus a otros hombres y otras mujeres.

## **La respuesta de la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina y el Caribe (ASICAL)**

A lo largo de la historia de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe latino se ha logrado acumular una vasta gama de experiencias y se han desarrollado diversas herramientas, procesos, programas, intervenciones, enfoques y proyectos que han contribuido a enfrentar las diferentes epidemias en los distintos países. Muchas de estas experiencias han sido exitosas y han servido como ejemplo y referencia, se han puesto en marcha y muchas veces han sido adaptadas. Otras, sin embargo, nos han permitido aprender a partir del reconocimiento de sus fallas y comprender lo que funciona y lo que no funciona. Este proceso de aprendizaje es un *continuum*, y seguramente aún queda mucho por aprender. Intervenciones de campo basadas en la educación entre pares tanto de poblaciones específicas como de poblaciones ocultas o de difícil abordaje.

Diez organizaciones gay de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, México y la República Dominicana unieron sus esfuerzos para desarrollar estrategias de incidencia política con el fin de obtener apoyos técnicos y económicos para llevar a cabo actividades de prevención, atención y apoyo relacionadas con el VIH y el SIDA entre HG y otros HSH. Así nació ASICAL, durante la conferencia Panamericana de Lima, Perú, en diciembre de 1997.

ASICAL ha llevado a cabo tres proyectos principales en colaboración con diversos socios que han contribuido en su financiamiento. Entre los logros alcanzados mediante estas iniciativas se destaca la creación de catorce planes nacionales estratégicos para la prevención y atención del VIH y el SIDA entre HG y otros HSH en la región. Entre los proyectos nacionales se destacan las iniciativas de incremento de capacidades en grupos gay de Brasil y Argentina (proyectos SOMOS y CREFOR, respectivamente). En esta iniciativa de trabajo, así como en la mayoría de los esfuerzos promovidos por ASICAL, ha prevalecido un enfoque que le da especial relevancia a la colaboración entre los diferentes actores y sectores involucrados en las respuestas nacionales al VIH/SIDA en los países, tales como: programas nacionales de SIDA, grupos gay, organizaciones que prestan servicios sobre el SIDA, grupos de PVVS, agencias de cooperación, el Secretariado de ONUSIDA, así como las agencias que integran a ONUSIDA.

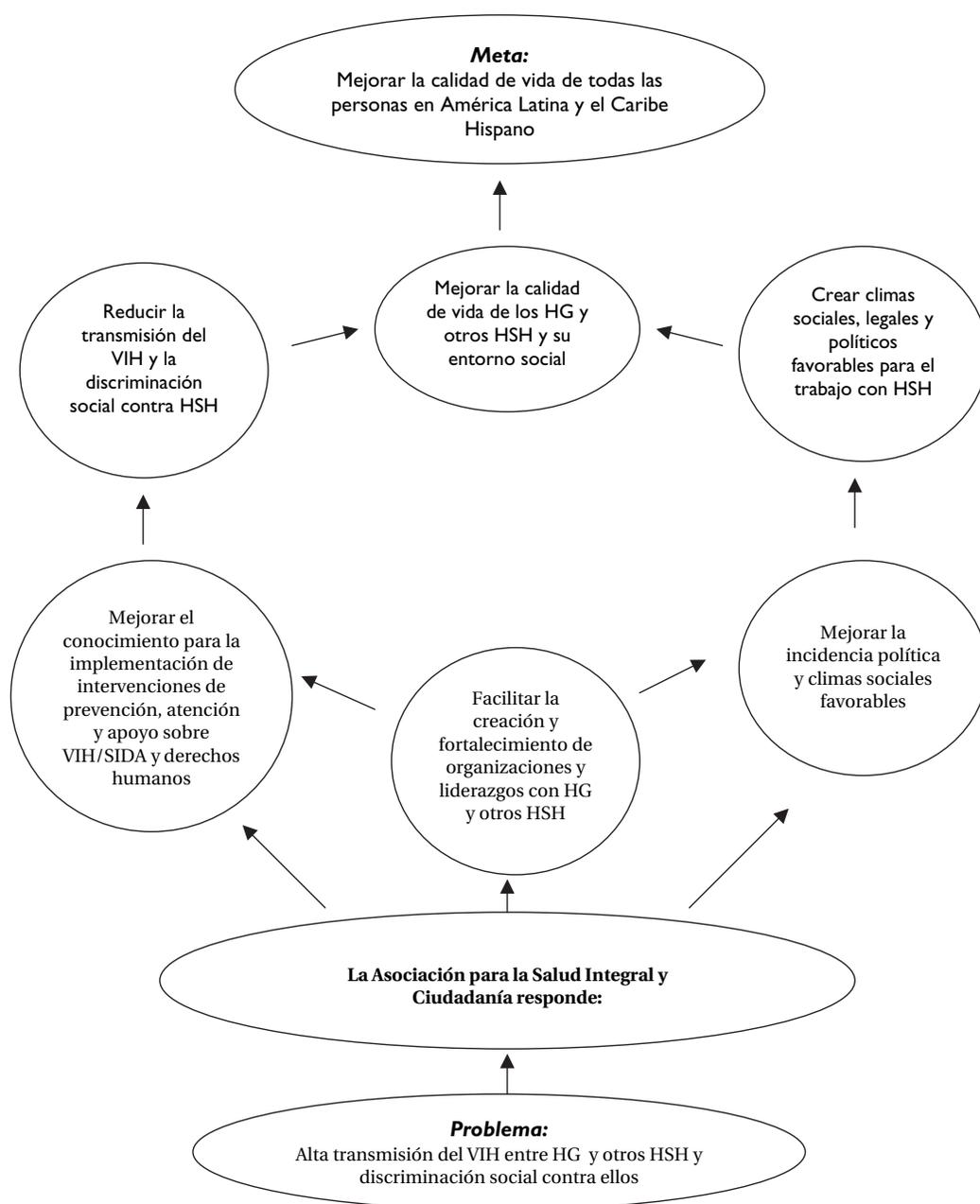
Durante 2005 y 2006 ASICAL, con la asistencia técnica y financiera de la Alianza y la agencia alemana GTZ, a través del proyecto “Fortaleciendo las capacidades”, capacitará a más de 80 organizaciones y grupos gay de los países de América Latina y el Caribe latino para que puedan participar en el Fondo Global. Este proyecto potenciará las capacidades de gestión y

participación política y mejorará el acceso a recursos nacionales para actividades de prevención del VIH/SIDA entre HG y otros HSH.

ASICAL también ha producido, en asociación con The POLICY Project, una guía sobre incidencia política en VIH/SIDA para HG y otros HSH. Esta guía ha servido como una herramienta para incrementar las capacidades de líderes comunitarios que han podido diseñar propuestas sobre incidencia política en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala y Venezuela.

Por otra parte, mediante un esfuerzo colaborativo que involucró a otras redes regionales y agencias de financiación, en el 2003 se organizaron actividades de capacitación para identificar los desafíos más importantes en el trabajo de prevención de las infecciones de transmisión sexual, el VIH y el SIDA entre HG y otros HSH de América Latina y el Caribe latino.

Para comprender mejor la forma en que ASICAL busca contribuir en la respuesta regional a la epidemia del VIH/SIDA entre HG y otros HSH, hemos elaborado el siguiente esquema que ilustra nuestro fundamento lógico:



## Proceso de elaboración de este manual

El presente manual es el producto de los resultados del taller de Guatemala. Este taller es la culminación de una serie de diálogos entre ASICAL, International HIV/AIDS Alliance y The POLICY Project sobre cómo unir esfuerzos para revisar los desafíos en la prevención de las ITS y el VIH entre los HG y otros HSH.

Entre los aspectos más sobresalientes de este taller se destacan la participación de 35 personas de organizaciones gay de América Latina y el Caribe latino, que en su conjunto tienen más de 20 años de experiencia en el trabajo de prevención de las ITS y el VIH entre HG y otros HSH. Esta experiencia se documentó en algunos estudios de caso que se presentaron durante el taller, la identificación de estrategias exitosas, lecciones aprendidas, orientaciones estratégicas y la definición de una serie de fundamentos para la acción en las estrategias de prevención centradas en HG y otros HSH.

Al final del taller se logró que los participantes tuvieran mayores conocimientos sobre mejores prácticas de prevención, de monitoreo y evaluación y sobre la elaboración de orientaciones estratégicas para el trabajo futuro. También se elaboró una propuesta de posibles intervenciones basadas en las mejores prácticas identificadas, que se pudieran validar posteriormente en los países de la región.

La riqueza de los resultados obtenidos y sistematizados por los participantes durante el taller llevó a las organizaciones que lo convocaron a ir más allá: organizar la información y las experiencias presentadas y traducirlas en una herramienta que sirviera como referencia y apoyo para quienes se interesan en poner en marcha intervenciones de prevención entre HG y otros HSH en la región. De esta forma nació la idea de producir el presente manual.

Gracias al enfoque metodológico utilizado durante las jornadas del taller en Guatemala, basado principalmente en técnicas participativas e interactivas, combinadas con presentaciones que sirvieran de marco conceptual e introducción a algunas de las sesiones más importantes, surgió la materia prima de esta herramienta. Esta materia prima fue organizada de acuerdo con una serie de temas transversales: procesos, resultados y monitoreo y evaluación. De ellos se derivó la gama de estrategias existentes: capacitación, incidencia política, investigación, distribución de productos para la prevención y otras más.

Detrás del taller en Guatemala, y de este manual, ha habido una serie de esfuerzos de coordinación entre diversos actores involucrados en la respuesta regional. Se trata de un enfoque de trabajo de colaboración que ASICAL ha mantenido en la realización de su labor. En primera instancia se buscó que el taller de Guatemala no sólo fuera una actividad de capacitación que beneficiara a las organizaciones vinculadas a ASICAL, sino que llegara a las organizaciones afiliadas a otras iniciativas regionales como LACCASO (Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones no Gubernamentales con Servicio en VIH/SIDA), la Fuerza de Tarea Regional en VIH/SIDA para hombres que tienen sexo con hombres, la RedLA+ (Red Latinoamericana de Personas Viviendo con VIH/SIDA) y la RedCA+ (Red Centroamericana de Personas que Viven con VIH/SIDA).

Para el diseño del taller se contó con el apoyo técnico de la REDPES (Red Latinoamericana y del Caribe en Planificación Estratégica en SIDA) y el Instituto Nacional de Salud Pública de México. El apoyo financiero fue otorgado por Internacional HIV/AIDS Alliance, The POLICY Project, de The Futures Group, el Proyecto de Acción SIDA de Centroamérica (PASCA) y Pan American Social Marketing Organization (PASMO). Una parte importante de los fondos proviene de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Este taller fue facilitado y organizado por Rubén Mayorga (ASICAL) y Ken Morrison (REDPES) y fue convocado por OASIS Guatemala.

The Synergy Project ofreció apoyo financiero y técnico para hacer posible este manual. Se constituyó un equipo para la coordinación de las labores de producción de este manual y un Comité Editorial integrado por representantes de las agencias involucradas en esta iniciativa, cuya tarea consistió en guiar el contenido, la forma y el proceso general del manual. Siempre se tomaron como guía los logros, limitaciones y vacíos encontrados en las intervenciones de prevención en la región.

Este manual también representa el cumplimiento de uno de los puntos fundamentales de seguimiento de los compromisos adquiridos por organizadores, donantes y participantes en el taller: documentar, sistematizar, estructurar y compartir 20 años de experiencias y desafíos en la prevención de las ITS y el VIH entre HG y otros HSH en América Latina y el Caribe latino.

# Capítulo I.

## Desafíos y estrategias en la prevención entre HG y HSH en América Latina y el Caribe latino

Al enfrentar la epidemia del VIH y otras ITS en América Latina y el Caribe latino, las organizaciones han aprendido a diseñar una gama amplia de estrategias. Algunas son adaptaciones de otras experiencias en el mundo, pero la gran mayoría son experiencias que han surgido directamente de las necesidades y el contexto regional.

A continuación presentamos las principales estrategias en el trabajo de prevención en la región que las organizaciones participantes en el taller de Guatemala compartieron, seguidas de los desafíos que han enfrentado. A modo de marco de referencia, las hemos acompañado con un resumen que ilustra algunas de las principales estrategias.

### *Investigación*

La investigación puede ser una actividad sencilla y fácil de llevar a cabo. Es la intervención primaria que nos permite conocer qué está sucediendo, entre quiénes, en qué lugares y cuáles son las necesidades específicas que debemos cubrir. También nos proporciona datos sobre comportamientos sexuales, datos epidemiológicos, antropológicos, etc. Analizar la situación nos ayuda a decidir en qué poblaciones es más urgente intervenir, en qué sitios es más apropiado llevar a cabo las intervenciones y qué tipo de acciones debemos emprender para atender las necesidades específicas. La investigación también nos permite saber qué tipo de respuesta se está articulando en cada comunidad, país o región. Así, el análisis de la respuesta nos brinda un perfil del tipo de trabajo que están llevando a cabo los diferentes sectores y actores que participan en ella. Por ejemplo, qué vacíos existen en la respuesta gubernamental o cuáles son sus prioridades, el papel de la iniciativa privada, el nivel de involucramiento de las poblaciones más vulnerables, el papel de las personas que ya viven con el VIH, cómo se ha desarrollado el proceso de movilización comunitaria, etc.

La investigación se ha vinculado también con los procesos de monitoreo y evaluación de las estrategias, ya sea para establecer líneas de base o para conocer los procesos de puesta en marcha de las mismas y determinar si una estrategia fue exitosa o qué debilidades y obstáculos presentó en su implementación. Los elementos relacionados con los procesos de monitoreo y evaluación son: objetivos, actividades, indicadores, resultados, productos, impacto, fuentes de datos, métodos cuantitativos y cualitativos, plan de monitoreo, sistematización de la información, codificación de datos, análisis de datos, conclusiones, etc.

### *Estrategias*

#### **Mapeos**

Los mapeos son sistemas útiles de conocimiento y comunicación que permiten identificar sitios de reunión y tipos de población para analizar un espacio físico y la forma en que se relaciona con las actividades de riesgo para determinar la mejor manera de intervenir en la prevención.

#### **Estudios transversales**

Son estudios que se hacen en determinados períodos de tiempo para analizar fenómenos que puedan dar una imagen de una situación delimitada en un espacio específico. Utilizan métodos como encuestas y entrevistas. Un ejemplo de estudios transversales son los estudios

sobre comportamientos, actitudes y prácticas que se hacen sobre poblaciones específicas en un momento determinado.

### **Estudios cualitativos y cuantitativos**

Los estudios cualitativos analizan aspectos subjetivos que están vinculados con la calidad (la calidad determinada a partir de diversos y variados criterios) y con las percepciones y explicaciones que las personas que participan en el estudio tienen sobre algunos hechos. Los estudios cuantitativos se centran en información basada en números, en cantidades. Ambos enfoques se complementan y arrojan información sobre las características de la epidemia en determinado lugar.

### **Investigación/Acción**

Vincular estos tipos de información con las acciones es primordial, ya que de esta manera se logra realmente responder a lo que está ocurriendo.

### **Bases de datos**

Una base de datos es un registro amplio de uno o varios tipos de información que se archiva para complementarla o vincularla con otra información posteriormente. Las bases de datos pueden estar integradas con información demográfica, geográfica, social, antropológica, psicológica, económica, política, etc.

### **Diagnósticos situacionales**

Son un método integral que vincula bases de datos, mapeos, estudios cualitativos y cuantitativos, investigación transversal, etc. La información reunida en su conjunto permite tener una imagen clara de la dinámica de la epidemia en una localidad, país o región del mundo. Contar con esta información es indispensable para poder tomar decisiones. Los diagnósticos ponen igual énfasis en lo que hay disponible y en los vacíos.

### **Logros**

A través de técnicas de investigación básica se ha logrado vincular la información con la toma de decisiones y darle una mayor visibilidad a la sociedad civil que realiza investigación desde el enfoque comunitario. Esto contribuye a que se le considere interlocutora válida, especialmente con académicos y encargados de tomar decisiones. Los trabajadores comunitarios han logrado incrementar sus conocimientos y habilidades técnicas para llevar a cabo investigación. El uso de un enfoque centrado en la identificación de vacíos ha sido primordial para saber qué hace falta, elemento indispensable en todo proceso de planeación estratégica.

### **Limitaciones**

Muchas organizaciones están interesadas en hacer investigación, pero una limitante es la falta de modelos teóricos y la falta de políticas que la promuevan. No se cuenta con líneas de base y se han sistematizado poco las experiencias que se han tenido. Una de las carencias más importantes en la región es la falta de recursos financieros, así como de recursos humanos capacitados en técnicas y métodos para realizar actividades de investigación y documentación.

A pesar de que se han realizado estudios sobre sexualidad y VIH/SIDA en casi todos los países de América Latina y el Caribe latino, los hallazgos de estos estudios se han diseminado de forma limitada. Es posible que esto se deba en parte a la distancia entre sectores “académicos” y “comunitarios”, lo cual representa una limitación bastante grande, pues evita que el trabajo en colaboración entre estos dos sectores produzca frutos. En cuanto al término “hombres que tienen sexo con hombres” (HSH), muchos líderes gay encuentran dificultades ideológicas al centrar su discurso en la identidad y la orientación sexual, más que en la descripción de las prácticas sexuales que corresponden a una forma de describir las poblaciones en términos epidemiológicos.

## ***Desafíos***

Prevalece una falta de cultura de investigación y evaluación dentro de las organizaciones comunitarias y la poca que se hace no se divulga. Muchas organizaciones no ven la evaluación como una oportunidad para mejorar sus intervenciones. Más bien la perciben como una amenaza. También se identificó que la evaluación se centra en indicadores de proceso y descuida los indicadores cuantitativos.

## **Prevención**

### ***Principales poblaciones meta***

Hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres: el sexo entre hombres puede encontrarse en cada estrato de toda sociedad: entre los jóvenes, los de mediana edad y los viejos, los ricos y pobres, los casados y solteros, los hombres con educación y sin ella, las mayorías y las minorías étnicas, los criminales, los hombres honestos, los cantantes, los deportistas, los mendigos, los hombres de negocios, los profesionales de la salud, los padres de familia, los políticos, etc.

Personas que viven con el VIH: son las personas que han adquirido el virus de la inmunodeficiencia humana y que pueden vivir una vida saludable en tanto el organismo pueda responder a la agresión del virus.

Personas con SIDA: son aquellas que han desarrollado el síndrome que incluye la aparición de diversas infecciones oportunistas debido al debilitamiento progresivo del sistema inmunológico.

Personas transgénero: algunos hombres toman hormonas para desarrollar pechos femeninos y algunos se someten a intervenciones quirúrgicas para eliminar los testículos y el pene, crear una vagina, quitar su manzana de Adán o ensanchar sus caderas para convertirse en mujeres. El término occidental para estas personas es transexual (que se someten a algunas operaciones para hacer alguno o todos los cambios). Tanto este término como el de travestis (que visten ropa de mujer) implican cierto grado de feminidad. Sin embargo, muchas personas rechazan tanto la etiqueta masculina como la femenina, se clasifican como del tercer sexo o simplemente no se definen como hombres.

### ***Estrategias***

Algunos ejemplos de estrategias de prevención son:

- Educación entre pares.
- Producción de materiales como trípticos/trípticos, folletos, volantes, guías informativas, postales, afiches/pósters, promocionales, manuales, material educativo sobre temas específicos (explícito y no explícito).
- Debates y talleres sobre prevención, sexualidad, sexo seguro y protegido, estilos de vida saludables, salud integral y sexual, liderazgo, autoapoyo, negociación del uso del condón, intimidad, codependencia, cultura gay, autoestima, uso de alcohol y drogas, empoderamiento.
- Promoción del uso del condón en lugares de encuentro sexual.
- Distribución de condones en sitios clave.
- Creación de portales en la red electrónica (Internet).

## Diseño de materiales

Dependiendo de las necesidades identificadas entre una población o comunidad determinada, muchas organizaciones han optado por desarrollar una enorme variedad de materiales cuyo principal objetivo es servir como herramientas educativas. Estos materiales pueden tener diferentes formatos: tarjetas postales, manuales, libros con historias de vida, carteles o afiches, tarjetas con diferentes usos (postales, de “ligue”, informativas, etc.), videos, promocionales para radio, etc. Los materiales abordan una gama amplia de temas: salud en general, promoción de la prueba de detección, promoción del uso del condón, promoción de actitudes solidarias y cambios de comportamiento, temas relacionados con el estigma y la discriminación, etc. El diseño exitoso de materiales involucra una alianza estratégica de trabajo entre profesionales de la comunicación y trabajadores comunitarios.

### *Lugares de intervención*

Algunos sitios en los que las organizaciones han llevado a cabo intervenciones son:

- Lugares de encuentro gay como discotecas (boliches/boites) y bares.
- Lugares de encuentro (ligue, levante, conecte) como parques, cines y vía pública.
- Lugares de encuentro sexual esporádico como saunas, cuartos oscuros y parques.
- Centros de atención y servicios para PVVS.
- Organizaciones de la sociedad civil.
- Centros culturales para hombres gay y lesbianas.
- Sitios en la red electrónica (Internet).
- Universidades.

## Intervenciones de campo o en las calles (conocidas también como de “alcance”)

Las intervenciones de campo (“outreach”) se caracterizan por la búsqueda de las personas en los lugares donde se encuentran y la consiguiente identificación de sitios de reunión de HG y otros HSH, ya sean abiertamente conocidos, clandestinos o escondidos, el abordaje de temas difíciles cara a cara o a través de talleres, la distribución de información y las referencias a centros de atención de la salud, de atención legal y de defensa de los derechos humanos. Estos sitios pueden ser parques públicos, calles donde se “ligue” o se ejerza el trabajo sexual, bares, discotecas, lugares de encuentro sexual, saunas, cines porno, video clubes, etc. La información se puede proporcionar a través de estrategias cara a cara, distribuyendo materiales educativos u organizando talleres o debates en pequeños grupos sobre temas de prevención y cuidados de la salud (especialmente cuando las poblaciones no pueden o no quieren acudir a las organizaciones para recibir la información). También consiste en llevarles productos para la prevención como condones y lubricantes a las personas que acuden a los sitios donde hay encuentros sexuales. En algunos casos también se proveen tarjetas para la referencia a centros de atención de ITS, de atención del VIH/SIDA y de defensa legal. Al igual que en los servicios de consejería, las actividades de campo o en las calles son más efectivas cuando las realizan miembros de la comunidad con la que se trabaja, junto con programas de capacitación continua y algún sistema de incentivos que reconozca esta labor.

### *Enfoques y herramientas*

Las organizaciones han utilizado una variedad de enfoques y herramientas para llevar a cabo su trabajo, entre las que se destacan:

- Información, educación, comunicación.
- Capacitación a capacitadores.
- Educación entre pares.
- Actividades o trabajo de campo o en las calles.

- Movilización comunitaria para ampliar la respuesta.
- Referencia a servicios.
- Monitoreo y evaluación cuantitativa y cualitativa.
- Movilización de recursos.

### ***Logros***

Algunos de los logros más sobresalientes son:

- Producción de materiales originales y adecuados para contextos específicos.
- Mayor conocimiento sobre técnicas de prevención.
- Ampliación de la cobertura en la distribución de condones.
- Cooperación de dueños de bares y otros sitios de reunión.
- Movilización de la comunidad (formación de grupos gay de PVVS y grupos de jóvenes gay).
- Aumento en el uso del condón y aprendizaje sobre la negociación del mismo.
- Concientización sobre los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía.
- Defensa contra las agresiones en las calles por miembros de los cuerpos de seguridad ciudadana.
- Acceso a espacios seguros de socialización para gays o lesbianas.
- Referencias sistemáticas a centros de atención de ITS o de VIH/SIDA.
- Disminución de relaciones sexuales desprotegidas.
- Contribuir a disminuir la prevalencia del VIH/SIDA entre HG y otros HSH.
- Mayor apertura en el abordaje de temas relacionados con el VIH/SIDA y la homosexualidad.

### ***Limitaciones***

Las principales limitaciones en materia de prevención son:

- Doble moral (contradicción ente el discurso y la acción y desvaloración de las vidas de los HSH).
- Recursos y financiamientos restringidos o limitados y burocracia para acceder a ellos.
- Movilidad de los líderes: algunos líderes tienden a cambiar de sector (pasan al gobierno o la iniciativa privada) o de área geográfica (cambian de países en busca de mejores oportunidades de vida).
- El alcance limitado de las intervenciones se percibe como una limitante, ya que se llega principalmente a personas asumidas como gay y no se cubre la vasta diversidad de HSH, en parte debido a la invisibilidad de otros HSH y de las PVVS.
- Algunos HSH no se perciben como personas con orientación sexual, más bien con prácticas sexuales espontáneas.
- Trabajar sólo en prevención sin vincularla con la atención de la salud o el ejercicio de la ciudadanía es un enfoque de trabajo incompleto.
- El acceso insuficiente a lubricantes en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe latino y a condones, para algunas poblaciones marginadas, continúa siendo una limitante importante.
- Baja autoestima y falta de modelos de estilos de vida gay positivos.

Si las personas que tienen una orientación sexual definida no son capaces de aceptarla, ello puede generar un costo social que va desde la culpa hasta el engaño, la doble moral, etc. En muchos países, debido a la violencia y las pocas oportunidades para atender la salud, existe una corta expectativa de vida.

## Servicios de salud integrales

Actualmente se sabe que un enfoque de trabajo de prevención adecuado es aquel que está vinculado con los servicios de atención a la salud. Abordar los temas de prevención sin considerar otros aspectos, como el acceso a servicios de tratamiento y diagnóstico de ITS, salud sexual, acceso a medicamentos antirretrovirales, y otros temas como estigma, autoestima, asertividad, empoderamiento, etc., no es eficiente. El abordaje de la salud de los HG y otros HSH debe basarse en un enfoque integral y los servicios deben ser cálidos, de calidad y libres de prejuicios y actitudes discriminatorias y estigmatizantes. El acceso a servicios de salud debe entenderse como un derecho humano sin el cual no se pueden ejercer los demás derechos. Muchas veces para lograr el acceso a servicios de salud con estas características es necesario llevar a cabo previamente una labor de incidencia política.

### *Desafíos*

Entre los desafíos más importantes se destacan:

- Falta de sensibilización sobre temas relacionados con el VIH/SIDA y la homosexualidad.
- Estigma y discriminación hacia los HG y otros HSH y las PVVS.
- Homofobia interiorizada y el estigma interiorizado.
- Carencia de compromiso en algunos miembros de la comunidad.
- Burocracia en la obtención de financiamientos.
- Censura a temas relacionados con las relaciones sexuales entre hombres.
- Obstrucción en la distribución de condones por parte de la policía y otras autoridades.
- Corrupción como práctica común en algunos países.
- Uso de alcohol y drogas como impedimento para la toma de decisiones asertivas.
- Rechazo de marcas de condones poco conocidas.

## Líneas telefónicas de información

Al trabajar con HG y otros HSH es importante reconocer los temas vinculados con el estigma y la discriminación por orientación o actividad sexual. Estos obstáculos impiden que muchas personas acudan a los servicios de salud o de otra naturaleza que ofrecen tanto instituciones gubernamentales como no gubernamentales. Por este motivo es fundamental ofrecer servicios que les permitan a las personas obtener información, orientación y apoyo a través de medios que no requieran que ellos acudan directamente a los sitios donde se ofrecen los servicios. Las líneas telefónicas de información y orientación son estrategias efectivas que permiten que poblaciones que prefieren no hacer visible su orientación o actividad sexual tengan acceso a información sobre cómo prevenir la infección. También les permiten hablar abiertamente sobre sus actividades sexuales y su comportamiento de riesgo, y obtener información sobre otros servicios especializados para HG y otros HSH y otros temas relacionados con el cuidado de la salud. Al no mediar comunicación cara a cara, es probable que los usuarios tengan una mayor confianza en la confidencialidad de los servicios.

## Servicios de consejería

También conocidos como “asesoría” u “orientación” estos servicios consisten en dar apoyo, orientación, información y contención emocional cara a cara o a través de un servicio de línea telefónica. La consejería puede darse en diferentes momentos: cuando una persona ha estado en una situación de riesgo, cuando una persona se siente abatida por su orientación sexual o sus prácticas de riesgo, cuando una persona decide hacerse una prueba y cuando una persona recibe un resultado positivo o negativo de la prueba, cuando requiere de otros servicios. La puede ofrecer una variedad de personas. Sin embargo, se ha comprobado que la consejería entre iguales o pares resulta especialmente efectiva, ya que genera climas de empatía y confianza. Los centros de consejería también pueden estar ubicados en diferentes sitios, que van desde centros para el cuidado de la salud hasta organizaciones no gubernamentales, centros comunitarios, espacios cibernéticos, vía telefónica, sitios de reunión de las poblaciones clave, etc. Existe una serie de enfoques y habilidades que hacen que el trabajo de consejería sea exitoso. Si los consejeros de pares encuentran crisis mayores como intentos de suicidio o adicciones, por ejemplo, pueden referir a un psicólogo. Además, los consejeros de pares pueden necesitar apoyo por la carga emocional que conlleva este servicio. Podrían necesitar sesiones de autoapoyo o de apoyo profesional.

## Incidencia política

El concepto “incidencia política” ha sido hasta la fecha la expresión que mejor describe el término inglés *advocacy*. El trabajo de incidencia política se refiere a las actividades vinculadas con la promoción, gestión y defensa de los derechos humanos, cuyo objetivo último es crear ambientes favorables para la prevención y la atención de las ITS y el VIH, especialmente en contextos donde las leyes o la normatividad tienen enfoques punitivos de la sexualidad, la orientación sexual, las prácticas sexuales y otros comportamientos y actividades como el trabajo sexual y el uso de drogas inyectables. Estos enfoques impiden u obstaculizan los esfuerzos para responder a la epidemia del VIH o para mejorar la salud y calidad de vida de las poblaciones vulnerables a la epidemia y reducir el daño por el uso de drogas inyectables. Se ha demostrado que el trabajo de incidencia política es más efectivo cuando se lleva a cabo de manera conjunta entre diversos grupos, sectores y poblaciones interesadas. La incidencia política es una herramienta fundamental para lograr el reconocimiento e involucramiento de las comunidades en la toma de decisiones que las afectan, así como para lograr el respeto a los derechos que garantizan la salud y la igualdad.

### Estrategias

Algunos ejemplos de estrategias sobre incidencia política son:

- Sensibilización sobre la importancia de incluir el tema del VIH, el SIDA, las ITS y la homosexualidad entre actores clave: gubernamentales y no gubernamentales y autoridades policíacas.
- Cabildeo para promover políticas, iniciativas de ley y debates sobre temas relacionados con el VIH, el SIDA y la homosexualidad.
- Defensa de derechos, asesoría y promoción de los derechos humanos de los HG y otros HSH y de las PVVS.
- Trabajo en red para promover iniciativas y crear alianzas estratégicas.

### Logros

Algunos de los logros más sobresalientes son:

- Publicación de documentos sobre VIH, SIDA y homosexualidad que orienten a quienes toman decisiones y a otros políticos.
- Lograr que se integren los temas a la agenda pública y se asignen recursos públicos a estrategias de prevención entre HG y otros HSH.

- Vinculación del tema de HG y HSH y VIH/SIDA con la temática de derechos humanos y de reducción del estigma y la discriminación.
- Inclusión del tema de HG y HSH y el VIH/SIDA en el trabajo de los Programas Nacionales de SIDA, en los Planes Estratégicos contra el VIH/SIDA y en las propuestas aprobadas por el Fondo Global.
- Formación de alianzas estratégicas y consensos con centros y comisiones de derechos humanos, *ombudsmen* (defensores, procuradores de derechos humanos), políticos, legisladores, encargados de tomar decisiones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.
- En algunos países, reconocimiento jurídico (personería jurídica) de las organizaciones de la sociedad civil.
- Mayor apertura en los medios de comunicación para abordar temas relacionados con los HG y otros HSH, el VIH y el SIDA.

### ***Limitaciones***

Las principales limitaciones en materia de incidencia política son:

- Falta de compromiso político, a pesar del trabajo de la sociedad civil para sensibilizar y hacer que los temas de la salud de los HG y otros HSH sea un tema en la agenda pública.
- Ausencia de intervenciones dirigidas a HG y otros HSH en los planes nacionales sobre VIH y SIDA.
- Reconocimiento del problema sin la consecuente elaboración de políticas públicas para solucionarlo.
- Homofobia institucionalizada, en combinación con la falta de recursos económicos y humanos, que se traduce en la falta de reconocimiento de la importancia del VIH/SIDA entre HG y otros HSH.
- Negación de personería jurídica (constitución legal) a organizaciones de la sociedad civil.

### ***Desafíos***

Entre los desafíos más importantes se destacan los procesos de democratización que viven muchos países de la región, los cuales tienen implicaciones políticas que afectan la respuesta a la epidemia. Otros desafíos incluyen:

- Homofobia en la sociedad.
- Desinformación sobre temas relacionados con el VIH, el SIDA, las ITS, la orientación sexual, la sexualidad, el género, etc.
- Influencia de la iglesia y la religión sobre temas relacionados con la sexualidad y el VIH/SIDA en asuntos políticos.
- Carencia de compromiso gubernamental para atender las necesidades de los HG y otros HSH y abordar la epidemia del VIH de acuerdo con la evidencia epidemiológica.
- En cuanto a los temas relacionados con la homosexualidad, la negación de derechos humanos a HG y otros HSH debido a la existencia de marcos legales punitivos trae como consecuencia la persecución oficial, el estigma y la discriminación.

## ***Incremento y desarrollo de capacidades y habilidades***

### ***Estrategias***

La capacitación y sensibilización de trabajadores (de la salud, la educación y la justicia) ha sido una de las principales estrategias. Sin embargo, también ha habido organizaciones que han desarrollado mayores capacidades y éstas han compartido estas capacidades y habilidades con otras organizaciones para ampliar la respuesta. Esta capacitación ha incluido principalmente a líderes comunitarios. Para llevar a cabo esta labor, las organizaciones han logrado diseñar metodologías para capacitar a capacitadores (replicadores de información).

### ***Logros***

Gracias a la labor de capacitación de otros sectores, las organizaciones comunitarias que trabajan sobre el VIH/SIDA y entre HG otros HSH han ganado prestigio, reconocimiento y credibilidad entre otros actores involucrados en la respuesta, lo que se traduce en una visibilidad positiva. También se han incrementado la calidad de la capacitación de las personas y la producción de herramientas novedosas y originales. En el plano institucional, se ha logrado que un mayor número de organizaciones cuente con planes estratégicos institucionales.

### ***Limitaciones***

A pesar del desarrollo de una vasta variedad de herramientas para la capacitación, aún existen necesidades no cubiertas en este aspecto. También se identificó como una limitante la falta de evaluación de los procesos de capacitación y la escasez de personal capacitado para llevar a cabo las intervenciones. Es necesario también desarrollar modelos teóricos adecuados.

### ***Desafíos***

La resistencia cultural en algunos de los sectores donde se han impartido las capacitaciones obstaculiza el éxito de los procesos de sensibilización e información. Esta resistencia está vinculada con la homofobia y el desconocimiento de los derechos de los HG y los HSH entre los trabajadores de la salud y la educación y los responsables de impartir justicia. Otro obstáculo son los bajos niveles educativos que prevalecen en la mayoría de los países de la región.

Para que las organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria puedan responder efectivamente es necesario que incrementen sus capacidades y sus habilidades en diferentes temas. Estos temas podemos dividirlos en dos grandes rubros: desarrollo organizacional y desarrollo programático. Entendemos por desarrollo organizacional todos los temas como: planificación estratégica, planificación operativa, planificación de las relaciones externas, búsqueda y gestión de fondos, elaboración de proyectos, etc. El desarrollo programático abarca el incremento de capacidades y habilidades de las personas que pondrán en marcha las intervenciones, ya sea personal asalariado o voluntario. Estos temas incluyen: asesoría y consejería, habilidades de comunicación, estrategias de mercadeo social de productos para la prevención, escucha activa, técnicas de investigación, habilidades de incidencia política, etc.

## Capítulo 2.

# Lecciones aprendidas

### Introducción

Una lección aprendida es la aplicación futura de los resultados de una experiencia. Es la última parte de un proceso de aprendizaje basado en la práctica. La mayoría de las veces el aprendizaje es el resultado de la dinámica ensayo-error. Por ello una lección es un ejemplo que instruye sobre cómo hacer algo a partir de la experiencia.

En el contexto de las intervenciones relacionadas con la prevención del VIH/SIDA es conveniente establecer las diferencias entre distintos conceptos que se conectan y que nos ayudan a determinar nuestro aprendizaje: resultados, conclusiones, recomendaciones y, por supuesto, lecciones aprendidas.

**Resultados:** son la enumeración de hechos, tales como la frecuencia de uso del condón, en una región o población meta.

**Conclusiones:** son una forma de definir el significado de los resultados. Por ejemplo, si las frecuencias de uso de condón son elevadas, podemos decir que la población es consciente de la problemática del VIH y se protege para evitar contraerlo.

**Recomendaciones:** son prescripciones específicas sobre la manera en que los resultados deberían aplicarse. Por ejemplo, si las frecuencias de uso del condón son bajas, una recomendación sería incrementar la difusión de información sobre el VIH/SIDA en una población determinada para generar conciencia sobre el riesgo de infección.

En vista de lo anterior, las lecciones aprendidas son una forma de transferir la experiencia y el conocimiento a partir de un proceso de instrucción. Por ello es importante tener la capacidad de documentarlas de manera clara para que puedan ser aprovechadas por un mayor público. Para documentar las lecciones aprendidas es importante considerar lo siguiente:

- Son una forma eficiente de transferir el aprendizaje.
- Ayudan a evitar recurrir en errores, a diseminar los éxitos y a mejorar las operaciones.
- Captan información que se puede usar en la planeación del trabajo o en iniciativas futuras.
- Son un medio para generar retroalimentación entre distintas experiencias similares que comparten sus procesos y aprendizajes.

Como hemos dicho, las lecciones aprendidas surgen de las actividades cotidianas, pero es importante documentar el diario acontecer para poder derivar de éste el aprendizaje. Por ello es necesario contar con mecanismos que nos apoyen al documentar los eventos e incidentes que ocurran a lo largo de la puesta en marcha de una iniciativa. Esta información nos ayudará a determinar la calidad de las actividades y si funcionaron o fallaron. Cuando funcionan debemos saber qué influyó en el éxito y en caso de falla debemos ser capaces de identificar qué hicimos mal, qué influencias estuvieron presentes o qué quedó por hacer. A este registro cotidiano también lo llamamos monitoreo. Una evaluación periódica es la que reúne la información registrada sobre un proceso en períodos de tiempo determinados (meses, bimestres, semestres, años, etc.). Estas evaluaciones periódicas nos permiten hacer los ajustes necesarios durante el proceso de trabajo. Una evaluación final o al término del programa es aquella que analiza los resultados de las evaluaciones periódicas y deriva de ellos conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas sobre una experiencia de trabajo delimitada en el tiempo, un espacio geográfico y una población determinada.

A continuación se presenta una serie de consejos y orientaciones que pueden ayudar al lector en la tarea de redactar una lección aprendida:

**Público o población meta:** la lección aprendida debe enunciar y describir claramente al público o población en la que se realizó la intervención.

**Relevancia:** al redactar una lección aprendida debemos considerar únicamente la información que realmente sea relevante. Una lección aprendida debe distinguirse por una redacción concreta que destaque aspectos sustanciales y omita información que no aporte algo al aprendizaje.

**Uso:** la lección aprendida debe redactarse pensando en el uso que se espera darle. Generalmente su principal propósito es que oriente y ayude a otras personas que están pensando realizar un trabajo similar al descrito en la lección aprendida o a alguien que ya lo realizó y busca encontrar similitudes o diferencias entre ésta y su propia experiencia.

**Tipo de información:** a menudo una lección aprendida es un proceso en constante progreso. Por ello, es común que la información que se presenta sea de dos tipos: preliminar o concluyente. Preliminar se refiere a un hallazgo hecho durante el proceso, que aún es susceptible de ser modificado. Concluyente se refiere a un dato que ya ha pasado por este tamiz y difícilmente podrá ser modificado.

**Validación:** para que una lección aprendida tenga una mayor contundencia debe haber sido validada, es decir que se debe haber probado su efectividad en diferentes contextos y circunstancias. Esta es una forma de demostrar su capacidad de adecuación.

**Acción:** para asegurar que la lección aprendida se pueda replicar o usar en otros contextos geográficos, demográficos, sociales, etc., es importante que esté redactada de tal forma que pueda guiar al lector a tomar acciones concretas, y de esta manera vincular la teoría con la práctica.

- Considere si la lección aprendida se puede utilizar a corto, mediano y largo plazo.
- Evite incluir información que no sea necesaria (anécdotas, largas descripciones, etc.).
- Use un lenguaje claro, sencillo y sensible a los posibles niveles de educación del lector. Evite el uso de jerga o lenguaje técnico. Si usa acrónimos, describa su significado. Use frases cortas. Cuando use pronombres asegúrese de que sean claros, por ejemplo si dice “ello implica que...” verifique que “ello” esté claramente vinculado con la idea principal. Sea específico cuando describa cada situación.
- Recuerde la naturaleza sintética de una lección aprendida. Evite reiterar detalles innecesarios. No use frases que muestren juicios de valor. Si es posible y pertinente enfatique causas y consecuencias. No haga generalizaciones o afirmaciones vagas. Remate la redacción de su lección aprendida enunciando acciones encaminadas al mejoramiento que alienten la puesta en marcha de prácticas óptimas.
- Si usa afirmaciones procure que sean breves, específicas y que vayan al grano. Sea selectivo: no abrume al lector con demasiadas descripciones. Apéguese a los hechos pertinentes. Incluya fuentes de información adicionales en las referencias.

Al finalizar la redacción de su lección aprendida responda las siguientes preguntas:

- ¿La información transmite el mensaje de manera efectiva?
- ¿El mensaje es claro?
- ¿La información aporta algún valor agregado?
- ¿La información es técnicamente apropiada?

- ¿La información ha sido validada?
- ¿La lección aprendida puede aplicarse en el corto, mediano y largo plazo?

## **Proceso: Puesta en marcha de las intervenciones**

### ***Introducción***

Las lecciones aprendidas que corresponden a este apartado se refieren a los procesos que las organizaciones comunitarias han puesto en marcha para llevar a cabo las intervenciones dirigidas a HG y otros HSH en América Latina y el Caribe latino. A lo largo de la historia de la epidemia, las organizaciones han desarrollado diversos procesos para organizar su labor; sin embargo para facilitar el análisis de éstos, durante el taller en Guatemala se decidió agruparlos en cinco subdivisiones.

Las cinco categorías para describir las lecciones aprendidas de proceso de este manual son: diagnósticos para analizar la situación y la respuesta; planificación y diseño de intervenciones; alianzas estratégicas; documentación y sistematización y, finalmente, participación e involucramiento de HG y otros HSH.

### ***Diagnósticos para analizar la situación y la respuesta***

A través de la investigación es posible conocer lo que está sucediendo cuando un fenómeno como la aparición de una epidemia afecta a una sociedad o al planeta en su conjunto. La dinámica que las epidemias tomarán dependerá de una serie de factores sociales, económicos, políticos, culturales, etc. La investigación nos permite caracterizar de manera adecuada y específica las muchas variables sociales, demográficas y económicas de las poblaciones que están siendo afectadas por un fenómeno como la epidemia del VIH/SIDA.

Un diagnóstico situacional se refiere al análisis de las causas y consecuencias del desarrollo de fenómenos sociales de diferente índole. En el caso de la epidemia del VIH/SIDA, estas causas varían de país en país, de localidad en localidad, e incluso de región en región. Conocer estas causas y consecuencias es primordial para poder decidir qué intervenciones son las más adecuadas.

El análisis de la respuesta consiste en conocer lo que diferentes sectores (gobierno, iniciativa privada, sociedad civil, personas que viven con el VIH, agencias de cooperación, iglesias, etc.) están haciendo para enfrentar los desafíos que la epidemia le plantea a una sociedad determinada y cómo estos sectores complementan su labor. Dicho análisis responde a preguntas como: ¿Qué hace cada quién? ¿Qué funciona? ¿Qué hace falta hacer? ¿Quiénes pueden estar involucrados?

Los análisis de situación y respuesta nos ayudan a hacer un diagnóstico del fenómeno al que nos enfrentamos y, por lo tanto, a tomar las decisiones más adecuadas sobre la asignación de recursos y la puesta en marcha de intervenciones para frenar el avance de la epidemia entre los sectores de la población afectados.

Los análisis de situación y de respuesta crean una imagen de una situación determinada en un período de tiempo específico, para lo cual utilizan diversas técnicas y métodos de investigación, que van desde encuestas hasta estadísticas, entrevistas, grupos focales, etc. Buscan recabar datos tanto cualitativos (de calidad, sobre percepciones) como cuantitativos (sobre cifras). Exploran aspectos de diferente índole: sociales, geográficos, culturales, económicos, demográficos, etc. Tradicionalmente instituciones académicas e investigadores de las diferentes áreas de conocimiento realizan este tipo de procesos, pero no por ello deben ser complicados y ambiciosos. Algunos análisis de situación participativos pueden involucrar a

personas de las comunidades más afectadas y vulnerables. Son parte integral de la planificación estratégica de las organizaciones.

### **Lección aprendida: Grupos de trabajo multisectoriales**

Para lograr incrementar la efectividad de los diagnósticos en el análisis de la situación y la respuesta es necesario conformar grupos de trabajo multisectoriales que incluyan además de investigadores, académicos y encargados de tomar decisiones, a los miembros de las poblaciones afectadas. El involucramiento de quienes viven en carne propia las consecuencias de la epidemia es clave para una mejor comprensión de las causas que la generan. Este enfoque es aún más efectivo cuando se logra involucrar a diversos subgrupos de poblaciones afectadas (hombres gay, hombres bisexuales, hombres trabajadores sexuales, personas transgénero, travestis, etc.).

Al involucrar a las poblaciones afectadas en las etapas tempranas de intervención (diagnóstico), la participación comunitaria en los procesos posteriores (diseño, puesta en marcha y evaluación de intervenciones) será de mucha más calidad y su efectividad se incrementará. Este involucramiento también nos permite conocer tanto las necesidades reales (de tipo estructural, servicios, legales, etc.) como las sentidas (aquellas que las poblaciones reconocen como prioritarias). Hace que las comunidades se apropien de los procesos.

### **Lección aprendida: Investigación vinculada a la acción**

Los diagnósticos para analizar la situación y la respuesta a la epidemia son más efectivos si se vinculan con acciones e intervenciones concretas.

Debido a lo difícil que resulta alcanzar a ciertos tipos de subpoblaciones cuando el ambiente está caracterizado por el estigma y la discriminación, las intervenciones son más efectivas cuando miembros de las comunidades afectadas las ponen en marcha.

Al llevar a cabo diagnósticos para analizar la respuesta y la situación debe prevalecer un enfoque que enfatice aspectos éticos que respeten la integridad moral de las personas, la diversidad de los HG y otros HSH y los derechos humanos.

## ***Planificación y diseño de Intervenciones***

La planificación del trabajo, el diseño de intervenciones y la puesta en marcha de las mismas son parte fundamental del desarrollo institucional de una organización comunitaria. A lo largo de los años, las organizaciones de la sociedad civil han podido aprender formas de estructurar mejor su trabajo, diseñarlo, ponerlo en marcha, sistematizarlo, documentarlo y evaluarlo. Sin embargo, no siempre es posible apreciar el valor del desarrollo de este tipo de procesos. La historia de la respuesta comunitaria a la epidemia está caracterizada por una necesidad de responder de inmediato a fenómenos como la enfermedad, la muerte, el dolor, la pérdida, etc. Las organizaciones de la sociedad civil surgen de la base comunitaria, de su capacidad de organizarse ante la crisis. No son organizaciones que hayan surgido de forma planificada, ya que el carácter caótico de la aparición de la epidemia no lo permitió. Sin embargo, la experiencia, la disciplina, el trabajo en colaboración, la interlocución y otros elementos que distinguen la respuesta comunitaria han hecho posible que esta situación haya evolucionado en cada lugar de la región donde la comunidad se organizó de manera espontánea para atender los desafíos de la epidemia. Desafíos que en un inicio no eran relevantes para quienes tomaban las decisiones.

Hoy por hoy, la sociedad civil organizada de los países de América Latina y el Caribe latino ha reconocido que la planificación estratégica y la planificación de los aspectos operativos de nuestro quehacer es una parte fundamental de nuestro desempeño y permite que nuestras intervenciones sean efectivas y sustentables.

### **Lección aprendida: Involucrar a líderes comunitarios**

Es necesario identificar líderes comunitarios para involucrarlos en los procesos de diseño y puesta en marcha de las estrategias. Un elemento clave para poder llegar a la comunidad es generar empatía basada, por ejemplo, en el uso de un lenguaje familiar para la comunidad, que evite tecnicismos y discursos muy elaborados.

### **Lección aprendida: Diseños creativos y claridad en los objetivos**

Para que las intervenciones sean exitosas es recomendable que su diseño sea específico al tipo de necesidad que se espera que atienda. Diseños creativos e innovadores tienen una mayor oportunidad de marcar la diferencia y tener un mayor impacto y alcance. Otro aspecto importante es considerar necesidades o prioridades, así como todos los aspectos relevantes de cada contexto local: cultura, identidad, geografía, economía, etc.

Al realizar actividades de planificación, las organizaciones comunitarias deben definir metas claras, alcanzables y realistas, basadas en la formulación de objetivos e indicadores. Tomar en cuenta aspectos contextuales de cada país como la legislación y normatividad contribuye a definir objetivos realistas.

### **Lección aprendida: Considerar los posibles riesgos y obstáculos**

Para lograr que los planes de trabajo de las organizaciones comunitarias sean sostenibles es necesario considerar todos los aspectos que puedan poner en riesgo el éxito de las intervenciones. De igual forma se deben analizar los obstáculos que las organizaciones pueden enfrentar, tales como el conservadurismo, la posición de las iglesias ante la sexualidad, las políticas públicas, la falta de interés de agencias de cooperación internacional en trabajar en los temas que afectan a los HG y otros HSH, la visión geopolítica y la priorización sobre el VIH/SIDA que tienen las agencias de cooperación. Los ejercicios de planificación estratégica institucional deben considerar componentes de movilización de recursos para asegurar el financiamiento de los planes de trabajo. Para ello es necesario considerar un enfoque integral que tenga en cuenta tanto los recursos financieros y materiales como los humanos y técnicos.

### ***Alianzas estratégicas***

El establecimiento de alianzas que promuevan la colaboración entre diversas organizaciones o sectores es un proceso que potencia la respuesta a la epidemia dentro de una localidad, país o región. Al confluir diferentes enfoques de trabajo, habilidades, capacidades, talentos, experiencias, conocimientos, etc., se genera una sinergia que le agrega calidad a la respuesta. El fenómeno del VIH/SIDA es muy complejo y su abordaje no puede ser responsabilidad de un sólo sector de la sociedad, como el gobierno. El enfoque de trabajo en colaboración significa hacer en conjunto lo que no podemos hacer solos.

### **Lección aprendida: Conocer las necesidades de los otros actores**

Para que el establecimiento de alianzas o iniciativas de colaboración sea exitoso es recomendable conocer las necesidades de los otros actores involucrados en la colaboración. Es fundamental el respeto y reconocimiento de los intereses y motivaciones de cada una de las partes involucradas en la alianza, pues todas ellas necesitan ganar algo en la negociación.

### **Lección aprendida: Formalización de las colaboraciones**

En la formalización de las colaboraciones es conveniente establecer objetivos comunes. Muchas organizaciones o sectores en una primera instancia no podrían ser socios, debido a sus diferencias; sin embargo, incluso en estas situaciones extremas es posible hallar formas de colaboración basadas en aquello que los une. Aunque los intereses o necesidades de las partes no coincidan, en las alianzas deben confluir visión, objetivos y misiones comunes que beneficien a los involucrados, pues éstas solo funcionan cuando los integrantes tienen

objetivos comunes. Definir normas que apoyen las relaciones de colaboración siempre será un elemento indispensable para mejorar la eficiencia de las mismas.

### **Lección aprendida: Herramientas para establecer alianzas**

Existe una serie de herramientas que ha demostrado su utilidad, tales como el mapeo político de medios de comunicación, la identificación de aliados y oponentes, la planificación y la construcción de agendas mínimas. La utilización de estas herramientas contribuirá a una mejor planificación de las relaciones externas de una organización, institución o dependencia de gobierno. Herramientas de tal naturaleza nos permitirán identificar claramente con quiénes podríamos establecer alianzas.

### **Lección aprendida: Transparencia y rendición de cuentas**

Para lograr establecer sistemas de transparencia y rendición de cuentas eficientes, los cuales son indispensables para la creación de climas favorables al establecimiento y formación de alianzas, es conveniente que las organizaciones puedan difundir y hacer públicos sus planes estratégicos. Otro requisito indispensable es el establecimiento de sistemas de comunicación eficaces.

### **Lección aprendida: Salvaguardar los principios de la organización**

Al formar alianzas es importante que las organizaciones logren que sus principios no se vean comprometidos. Es importante mantener un enfoque que evite que actores neutrales se vuelvan en nuestra contra y genere mayores aliados. Aprovechar coyunturas que benefician el trabajo de las organizaciones que trabajan con HG y otros HSH es clave para la formación de alianzas que sean oportunas y eficaces.

## ***Documentación y sistematización***

Los procesos de sistematización y documentación de las experiencias de las organizaciones comunitarias son elementos clave para el fortalecimiento del trabajo de la sociedad civil. Cuando una organización tiene la capacidad de documentar sus experiencias y sistematizar su trabajo, ello representa una gran oportunidad para replicar las acciones. Aunque los procesos de documentación y sistematización son distintos a los de monitoreo y evaluación, son tareas que pueden estar vinculadas. Sin embargo, no se refieren al mismo propósito. La sistematización y la documentación se refieren más a la forma en que construimos la memoria histórica de nuestras organizaciones, mientras el monitoreo y la evaluación están más enfocados en conocer aciertos y fallas. Esta memoria histórica es la base de nuestro trabajo de prevención, incidencia y lucha política.

Los instrumentos más comunes utilizados para los procesos de documentación y sistematización en las organizaciones son: instrumentos cualitativos y cuantitativos para la recolección de datos; formación de bases de datos, tanto físicas como electrónicas; documentación a través productos multimedia como: vídeo, fotografías, grabaciones sonoras y otros medios electrónicos.

### **Lección aprendida: Integración a los proyectos y programas**

Es recomendable que los procesos de documentación y sistematización de las experiencias de trabajo de las organizaciones comunitarias que trabajan en la prevención entre HG y HSH sean parte integral de los proyectos y programas. En estos procesos debe prevalecer una actitud de disciplina y minuciosidad. Debe ser un proceso continuo que se lleve a cabo durante toda la vida de cada intervención o proyecto y en general durante la vida institucional de la organización.

### **Lección aprendida: Integración a la planificación estratégica**

Los procesos de documentación y sistematización deben ser parte integral de la planificación estratégica institucional y debe asignarse un presupuesto específico para llevarlos a cabo.

## Estrategia de incidencia política para la inclusión del tema del VIH/SIDA en HG y otros HSH en planes y programas en el Ecuador

### Problema y situación

La ausencia de planes y programas sobre VIH/SIDA dirigidos a HG, transgéneros y HSH evidenciaba un balance negativo frente al tratamiento público del tema. El silencio promovió la falsa percepción de que estos grupos habían superado por sí mismos la problemática del VIH/SIDA. Esto era evidente en el discurso oficial hasta el 2002, basado en la creciente progresión del VIH/SIDA heterosexual. Las políticas oficiales e incluso del sector no gubernamental priorizaron las intervenciones hacia la población de adolescentes, jóvenes, mujeres embarazadas y niños con el argumento de que el SIDA afecta a todos. El discurso oficial aseguraba que la problemática del VIH/SIDA había sido superada en la población homosexual, lo que impulsó la falsa percepción tanto en los hombres homosexuales como en aquellos con comportamiento homosexual de su invulnerabilidad ante el VIH, y por lo tanto el rechazo a tratar el tema por miedo al estigma y la discriminación relacionados con la homofobia social y por el temor al SIDA.

### Intervención

Equidad diseñó una estrategia de incidencia política para llamar la atención del Programa Nacional SIDA/ITS del Ministerio de Salud Pública y movilizar a las organizaciones no gubernamentales sobre la situación del VIH/SIDA en HG y otros HSH implementando acciones sostenidas no confrontativas, de negociación y alianzas. La primera acción consistió en la documentación del problema promoviendo el análisis de datos epidemiológicos relacionados con la alta seroprevalencia del VIH-I en HSH. Se basó en varias fuentes, entre ellas: las estimaciones de ONUSIDA para América Latina; los resultados del Análisis de Situación y Respuesta en el Ecuador sobre el VIH/SIDA en HG y otros HSH, el estudio realizado por ASICAL/ONUSIDA y los resultados de la investigación sobre seroprevalencia del VIH-I en HG y otros HSH en el Ecuador. El estudio de 560 hombres de cinco ciudades del país, realizado por Equidad con el Instituto de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Marina de los Estados Unidos (NMRCD) y el Programa Nacional SIDA/ITS, demostró la concentración de la epidemia en estas poblaciones.

El proceso se inició con el establecimiento de contactos clave con funcionarios de las instituciones, organizaciones y programas, que sirvieron de enlace y facilitaron el acceso a los diferentes niveles de encargados de tomar decisiones. En la mayoría de los casos se obtuvieron entrevistas durante las cuales se entregaron *dossiers* temáticos y materiales informativos acompañados con la respectiva petición de inclusión del tema del VIH/SIDA entre HG y otros HSH en las agendas. Se hizo presencia pública en diversos foros y se buscó la coordinación con otros actores sensibilizados que se comprometieron a promover y dinamizar discusiones temáticas en sus niveles y áreas de influencia. Estas acciones permitieron un trabajo en red y de presión de manera radial hacia los diversos espacios y encargados de tomar decisiones. Todo el proceso fue acompañado por actividades de capacitación temática sobre el VIH/SIDA y los HSH.

### Lo aprendido:

La incidencia política es un proceso de doble impacto: el primero consiste en asegurar la calidad de la interlocución, garantizando que la organización impulsora de la iniciativa participe y que sus aportes sean válidos. El segundo se refiere al desarrollo del proceso a través del cual se articulan las acciones que constituyen el eje central del éxito de la estrategia, tomando en cuenta que es esencial evitar conflictos con otros actores y hacer balances periódicos (y/o evaluaciones) de las acciones y el progreso del proceso. Esto último fue la lección aprendida fundamental, pues evaluar o hacer balances permitió identificar aspectos relacionados con la calidad de las intervenciones en los espacios de participación por parte del grupo y sus resultados en los diversos grupos de trabajo, así como identificar nudos críticos. Es clave identificar los momentos que permitan el posicionamiento de la estrategia de incidencia política, el aprovechamiento de la coyuntura política y el establecimiento de las alianzas, particularmente con otros actores que cuentan con la suficiente credibilidad e influencia en los distintos espacios de participación política.

### Resultados obtenidos

- En la actualidad la organización se ha convertido en un referente sobre el tema.
- El tema del VIH/SIDA entre HG y otros HSH forma parte de la agenda programática del Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud y del Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA.
- El Proyecto País aprobado por el Fondo Global para el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria incluye en el Objetivo de Prevención el 40% del rubro del presupuesto para prevención del VIH/SIDA entre HG y otros HSH.

También es importante asignar los recursos humanos y técnicos necesarios. La utilización de instrumentos, herramientas y formatos validados es indispensable para su éxito. Si es necesario, las personas responsables de estas tareas deben incrementar sus habilidades y capacidades para poder hacer su labor eficientemente. Lograr establecer sistemas de documentación facilitará y contribuirá a fortalecer los planes de monitoreo y evaluación. Conocer las fortalezas y debilidades de las intervenciones es de gran utilidad en la toma de decisiones sobre la replicación de las mismas.

### **Lección aprendida: Registro de las intervenciones**

La documentación y sistematización engloba procesos de reflexión y registro de las intervenciones de forma ordenada, de los cuales se derivan informes cortos y concisos que contribuyen en la divulgación de los logros, resultados, conclusiones y lecciones aprendidas de una intervención determinada. Esta información debe compartirse con la población meta, los donantes y otras poblaciones afines interesadas en ella.

### ***Participación e involucramiento de las poblaciones meta***

Este rubro se refiere a la participación e involucramiento de HG, HSH y PVVS en el diseño, puesta en marcha y evaluación de los programas de prevención, como una forma de garantizar que las necesidades de las poblaciones meta sean cubiertas por las intervenciones. Lo anterior especialmente debido a que la población de HG y otros HSH está compuesta por una gama de identidades y estilos de vida que se deben considerar. La experiencia de primera mano que pueden aportar estas poblaciones garantiza que sean parte de la solución y no el problema. La utilización de un enfoque incluyente representa una oportunidad para potenciar el impacto de las intervenciones, en actividades que deben llevar a cabo personas con la capacidad de generar empatía entre las poblaciones que se quiere alcanzar. Sin su participación es difícil garantizar el éxito.

### **Lección aprendida: Especificidades sociales y económicas**

Es importante fomentar la participación considerando las especificidades sociales y económicas de cada población meta. Cada subgrupo tiene necesidades específicas de ciudadanía, de identidad, sexuales, de salud, de servicios, etc. Consultar a las poblaciones para conocer e identificar sus necesidades ayudará a entusiasmarlas, lo que generará su interés en la lucha por cubrirlas. De esta manera se asegura su involucramiento. Definir mecanismos innovadores y creativos que fomenten la participación garantizará la movilización comunitaria.

Las organizaciones, el gobierno y los programas nacionales deben asumir un papel de iguales con las poblaciones meta. Ello permitirá una mayor y mejor participación de los distintos grupos.

### **Lección aprendida: Empoderamiento**

El empoderamiento de los individuos y de la comunidad en su conjunto es primordial para lograr intervenciones exitosas de prevención. Es importante promover el desarrollo de habilidades de forma sostenible y en función de las necesidades del grupo objetivo para fomentar la integración e involucramiento. El empoderamiento constituye un incentivo (mucho más fuerte que los incentivos sexuales o económicos), pues transforma al sujeto en sujeto político.

La formación de liderazgos (técnicos y basados en la comunidad) es clave para garantizar una participación de calidad y la continuidad de las intervenciones de prevención.

### **Lección aprendida: Participación de las PVVS**

La participación de las PVVS, en particular de los HG o HSH, es de vital importancia para las intervenciones de prevención. No se puede lograr un involucramiento efectivo y sostenible de

las PVVS, los HG o los HSH en la prevención hasta que no se garantice el acceso a servicios integrales de atención a la salud que incluyan diagnóstico, atención, ARV, medicamentos para infecciones oportunistas, servicios de consejería, etc. Vincular la atención con las intervenciones de prevención es un aspecto esencial en toda respuesta local, nacional y regional al VIH/SIDA.

### **Lección aprendida: Servicios de salud**

Al garantizarles servicios de atención de calidad, integrales y de acceso universal a las PVVS se podrán poner en marcha proyectos de prevención positiva que capitalicen los cambios de comportamiento exitosos para la prevención en PVVS, particularmente en HG y HSH. Un enfoque punitivo no genera ambientes favorables para el involucramiento de las PVVS en la prevención, especialmente de HG y HSH.

## **Resultados**

### ***Introducción***

Las lecciones aprendidas en el área de resultados fueron divididas en los siguientes cinco rubros: incremento de conocimientos y percepción del riesgo, cambios de comportamiento, cambios de actitudes externas (en los medios de comunicación, programas nacionales, etc.), abordaje del estigma y la discriminación y abordaje de poblaciones invisibles o de difícil acceso.

En general, existe muy poca información escrita sobre los cambios ocurridos entre los HG y otros HSH como resultado de las diversas intervenciones de prevención de la transmisión de ITS y el VIH. Esto se debe, entre otros factores, a la falta de investigación y evaluación, a los pocos recursos disponibles, a la movilidad de los miembros de la comunidad, a la falta de modelos teóricos y de indicadores apropiados, al poco acceso a ciertos subgrupos de la población homosexual, al estigma y la discriminación, etc.

### ***Incremento de conocimientos y percepción del riesgo***

Este rubro se refiere al incremento de conocimientos sobre sexualidad, formas de transmisión del VIH y métodos de prevención, así como a los servicios disponibles para su diagnóstico y tratamiento y a la percepción del riesgo que tiene la gente de adquirir el VIH.

### **Lección aprendida: Educación continua**

Los procesos para el cambio de comportamientos y percepciones del riesgo dependen de las características particulares de cada persona. Son procesos que pueden tomar varios años en generarse. El conocimiento y la información por sí solos no provocan cambios de comportamiento. Se requieren procesos de educación continuos que contengan información y referencia a otros servicios.

### **Lección aprendida: Modelos integrales**

Las estrategias de prevención basadas en el aumento de conocimiento deben utilizar modelos más integrales que incluyan la autoestima, los derechos humanos y la identidad sexual para generar cambios de comportamientos. Para lograr estrategias de prevención exitosas, debe considerarse el abordaje de otros temas, como la culpa relacionada con la sexualidad, las emociones y las frustraciones que pueden experimentar ciertos grupos o subgrupos de poblaciones. Debido a que algunas personas le dan mayor importancia al placer que a la seguridad es importante encontrar formas de transmitir mensajes que inviten al goce sexual, de igual forma que ofrezcan conocimientos sobre prevención de las ITS y el VIH.

El uso de metodologías participativas, interactivas y vivenciales, así como los enfoques novedosos y lúdicos facilitan la adquisición de conocimientos y permiten modificar

## De los talleres holísticos a la calle: la experiencia del trabajo de campo de OASIS

**Problema y situación:** En el pasado, la Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral frente al SIDA, OASIS, realizaba talleres participativos (“holísticos”) para inducir comportamientos sexuales más seguros en HG y otros HSH. Estos tenían, generalmente, más de diez años de escolaridad. En la actualidad, los HG que asisten a OASIS son más jóvenes, tienen menos años de escolaridad y su centro de socialización está en las áreas públicas de la Ciudad de Guatemala. En un trabajo de colaboración entre la experiencia acumulada en más de diez años de trabajo y experiencias de la cooperación internacional, OASIS ha desarrollado actividades en las calles (“outreach”, intervenciones de campo) específicas para jóvenes,<sup>3</sup> HG y otros HSH.

**Intervención:** Mediante el trabajo conjunto de un coordinador y de cinco educadores voluntarios, OASIS realiza actividades educativas con jóvenes gays y travestis, incluyendo aquellos que hacen trabajo sexual, en parques, plazas y calles de la Ciudad de Guatemala, por las tardes y en las primeras horas de la noche, todos los días de la semana, excepto los sábados. Las intervenciones consisten en asesorías personales para evaluar la situación de riesgo, la exploración conjunta de estrategias para reducirlo (reducción del número de parejas, negociación del uso del condón, promoción del uso correcto y consistente del condón, provisión de condones y lubricantes a base de agua y la referencia a centros de atención de ITS y de la infección avanzada por VIH).

Las intervenciones son mediante charlas grupales, abordajes individuales en la calle y actividades lúdicas (loterías informativas y kioscos en plazas públicas y sitios de entretenimiento nocturno). Las actividades se evalúan con base en una serie de indicadores de proceso que proveen información sobre las características sociodemográficas, de autclasificación por identidad sexual, del uso reportado de condones y lubricantes, del total de cada tipo de actividad realizada, del número de condones distribuidos y del uso de los centros de atención de ITS y VIH.

Ha habido problemas por la inasistencia de algunos educadores voluntarios, la intimidación y abuso de la Policía Nacional Civil, la falta de incentivos diversos para la población beneficiaria, la falta de condones y lubricantes gratuitos para promover su uso y educar sobre el mismo y el poco personal remunerado y capacitado para realizar estas actividades. En 2004 se hicieron alrededor de 12.000 abordajes relacionados con la prevención de ITS y VIH con jóvenes gays, travestis y trabajadores sexuales en calles, plazas y lugares de diversión nocturna en la Ciudad de Guatemala.

**Lecciones aprendidas:** Los jóvenes gays no tienen aún suficiente información básica sobre prevención de ITS/VIH/SIDA adecuada a su contexto. Los métodos utilizados no han sido evaluados para determinar su efectividad. El ambiente en que la mayoría de la población abordada trabaja o el que frecuenta es propicio para la adquisición de ITS/VIH/SIDA y el uso de drogas. El personal voluntario debe contar con formación a profundidad sobre prevención de SIDA en jóvenes gays y bisexuales. Hay otras necesidades no atendidas de estos jóvenes que obstaculizan el trabajo de prevención y OASIS no puede ni debe satisfacerlas todas. Continúa habiendo un elevado estigma y discriminación por vivir con VIH y entre estos jóvenes la vulnerabilidad al virus forma parte de una gran lista de riesgos más inmediatos, de los cuales el VIH parece ser el más lejano. El ambiente social (cultural, policial, legal) no es propicio para el trabajo de prevención y el discurso oficial sobre el SIDA (el VIH se está expandiendo principalmente en mujeres, en heterosexuales y en jóvenes) es excluyente y discriminatorio y dificulta una percepción de riesgo que permita tomar decisiones informadas. El ejercicio de la ciudadanía en estos jóvenes es aún una realidad distante.

percepciones. De igual manera la utilización del enfoque de trabajo que incluye información, educación y comunicación ha demostrado ser eficaz.

<sup>3</sup> En este documento, los “jóvenes” se definen como las personas que tienen más de 16 años de edad.

### **Lección aprendida: Factores que disminuyen la percepción del riesgo**

La aparición y disponibilidad de los medicamentos ARV (que han convertido la infección del VIH de una infección mortal en una crónica) y la política de deshomosexualizar la epidemia han originado un cambio en la percepción del riesgo entre algunos HG y otros HSH. Ahora lo ven disminuido, lo que trae como consecuencia que más personas opten por prácticas inseguras (*barebacking* o relaciones sexuales anales sin el uso del condón).

Otro factor que contribuye a la disminución de la percepción de riesgo es la homofobia interiorizada (sentimientos de odio, vergüenza y culpa hacia la propia orientación sexual), la cual se refuerza con otros prejuicios como el racismo y el clasismo.

Para evitar que estos grupos vuelvan a tener comportamientos de riesgo influenciados por estos factores es importante abrir espacios educativos continuos y sistemáticos que contribuyan a reforzar los mensajes de prevención e incluir temas que aborden la importancia y validez de mantenerse VIH negativo, pese a la disponibilidad de ARV. Otro aspecto importante es que la comunidad tenga información verídica sobre la realidad epidemiológica del VIH entre los HG y otros HSH, la homofobia interiorizada, el clasismo y el racismo.

### **Lección aprendida: Estigma y discriminación**

Algunos de los obstáculos más importantes para elevar la calidad de los servicios de salud dirigidos a HG y otros HSH y PVVS son el estigma y la discriminación. Las actitudes estigmatizantes y discriminatorias entre el personal de salud tienen causas diversas, pero entre las más importantes están los prejuicios existentes en torno a la sexualidad, el género, la homosexualidad y las prácticas sexuales entre hombres. Por lo tanto es importante capacitar y sensibilizar a los profesionales de la salud no sólo en temas relacionados con la atención y tratamiento del VIH y el SIDA. Otros temas que deben abordarse son la transmisión del VIH en el lugar de trabajo y la percepción del riesgo entre trabajadores de la salud.

### **Lección aprendida: Diferencias culturales**

En América Latina y el Caribe latino, la diversidad de las prácticas sexuales entre HG y HSH hace necesario que ampliemos nuestros conocimientos sobre estas poblaciones de acuerdo con el contexto regional. Incluso dentro de las subregiones del continente (el Caribe latino, México y Centroamérica, la Región Andina, el Cono Sur y Brasil, principalmente) existen diferencias culturales profundas. Existe una falta de recursos para investigaciones de comportamiento sexual y cultura sexual.

Es necesario incrementar la investigación sobre los aspectos sociales y culturales vinculados con la forma en que se dan las prácticas sexuales entre hombres y las poblaciones ocultas o de difícil abordaje. También se requiere generar información sobre los cambios ocurridos a partir de las diversas intervenciones de prevención: recursos disponibles, modelos teóricos, indicadores apropiados, acceso a subgrupos con prácticas homosexuales, estigma y discriminación y cómo han ocurrido los cambios de comportamiento exitosos. Es necesario que las agencias donantes tomen conciencia de la necesidad de invertir en investigación. Las organizaciones también deben incrementar sus capacidades y habilidades en las técnicas de investigación para poder llevarlas a cabo desde un enfoque comunitario.

### ***Cambios de comportamiento***

Promover y lograr que los HG y otros HSH hagan cambios en su comportamiento sexual es de vital importancia para mejorar las estrategias de prevención. Estos cambios de comportamiento se refieren básicamente al uso del condón y a las prácticas sexuales alternativas.

### **Lección aprendida: Acceso a condones y lubricantes**

En América Latina y el Caribe latino existen diversos obstáculos que impiden que las personas usen de manera consistente condones y lubricantes. El acceso es limitado, y aunque en algunos países existen estrategias de mercadeo social, persisten obstáculos que impiden que los usuarios accedan a ellos: sentimientos de vergüenza al adquirirlos, falta de recursos económicos entre los HG y HSH más pobres y rechazo a los condones distribuidos por los gobiernos por considerarlos de mala calidad. Algunas estrategias de mercadeo y distribución de condones no son eficientes, pues no aseguran el acceso a éstos de forma adecuada y efectiva. En general el acceso a lubricantes en sobres individuales está muy limitado en toda la región.

Es necesario que las estrategias de distribución de condones promuevan la responsabilidad y al mismo tiempo ofrezcan condones y lubricantes a precios accesibles o gratuitos a la población de HG y HSH para asegurar que el derecho a la salud sea respetado. Se requiere mejorar otras estrategias de distribución de condones como máquinas dispensadoras en lugares públicos y distribución por parte de las organizaciones civiles en sitios clave de encuentro sexual. El acceso a condones y lubricantes debe llevarse a cabo bajo el enfoque de promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Los gobiernos deben ampliar la cobertura de servicios y el número de condones distribuidos e incluir, particularmente para HG y HSH, lubricantes en presentaciones para uso individual.

### **Lección aprendida: Masculinidad y machismo**

La cultura machista prevaleciente en muchos países de América Latina y el Caribe latino, que privilegia los atributos masculinos sobre los femeninos, suele ser un obstáculo para el cambio de comportamiento. La baja autoestima entre muchas personas, la falta de modelos para establecer relaciones afectivas e íntimas que no generen codependencia y las actitudes hacia la sexualidad son otros obstáculos para el cambio de comportamiento efectivo. Por otro lado la ausencia de climas o ambientes favorables dificulta los procesos de cambio de comportamiento.

Por ello es fundamental crear modelos que aporten nuevos enfoques sobre los valores y atributos de la masculinidad; fortalecer la autoestima y trabajar en la reducción de la codependencia; potenciar y validar la identidad sexual y las actitudes hacia las “sexualidades” y trabajar en el fortalecimiento de las relaciones de pareja y de familia. Además, promover la creación de climas favorables que protejan a los HG y otros HSH de la discriminación y eviten la persecución de homosexuales por parte de la policía y otras fuerzas. Para ello deben establecerse alianzas con otros grupos sociales, como los de derechos humanos, los feministas, los indígenas y otros.

Para lograr el cambio de comportamientos, las intervenciones deben ser constantes y las personas deben percibir que estos cambios de comportamiento les traen beneficios concretos. Se deben destinar recursos humanos y económicos para medir los cambios que se generen.

### **Lección aprendida: Pruebas voluntarias con consejería**

Las consejerías pre y post prueba de detección del VIH son oportunidades para llevar a cabo intervenciones de prevención cara a cara. Promover la realización de pruebas de detección es necesario, pues el conocimiento sobre el propio estado serológico puede influir en el cambio de comportamiento, tanto para el cuidado de la salud como para tomar acciones que protejan a las personas de posibles infecciones. La oportunidad de intervenir en el cambio de comportamiento no es la realización de la prueba en sí, sino el proceso de consejería pre y post prueba.

Es necesario mejorar el acceso a la prueba de detección con consejería y promover su realización. Ello contribuirá en el proceso de apoyo para el cambio de comportamiento, tanto si las personas resultan positivas como negativas. Si más personas conocen su estatus positivo

es posible trabajar en estrategias de prevención desde la perspectiva de las personas con VIH (prevención positiva) e intervenir para que las personas comiencen a tomar cuidados en su salud que les permitan mantener su sistema inmunológico sano.

### **Lección aprendida: Suministro de información sobre prácticas alternativas**

El suministro de información sobre prácticas alternativas (es decir, no penetrativas) facilita el cambio de comportamientos de riesgo. Sin embargo, la cultura sexual prevaleciente en América Latina y el Caribe latino le otorga un papel relevante a la penetración. Muchas personas sienten que no han tenido una relación sexual si no hay una penetración. Por ello, en general, las intervenciones que impulsan las relaciones sin penetración no han mostrado tener mucho éxito.

El suministro de información sobre prácticas alternativas representa una alternativa a las prácticas sexuales penetrativas que conllevan un mayor riesgo. Es importante combinar la promoción del uso del condón con la adopción de estas prácticas. Es probable que el suministro de información sobre prácticas alternativas sea más exitoso como mecanismo de prevención del VIH cuando la audiencia a la que se desea llegar son los jóvenes que tienen una vida sexual activa (ya que es más difícil lograr que las personas mayores cambien sus comportamientos de riesgo).

### ***Cambios de actitudes externas hacia temas relevantes entre actores clave***

Al hablar sobre cambios de actitudes externas nos referimos a los cambios que habrán de generarse en relación con la orientación sexual, las ITS, el VIH/SIDA y la sexualidad entre los distintos actores involucrados en la respuesta al VIH y al SIDA, como los medios de comunicación, los gobiernos, los programas nacionales contra el VIH/SIDA, otras dependencias u autoridades del gobierno, otras ONG, etc. Esto crearía ambientes favorables que permitan que exista una mayor apertura y seguridad para las poblaciones de HG y otros HSH. Uno de los mayores obstáculos para que prevalezca un ambiente favorable es la homofobia.

### **Lección aprendida: Evidencia científica**

Los cambios de actitudes externas se facilitan cuando se sustentan en evidencia científica. Para que quienes toman decisiones puedan asignarles mayores recursos a las intervenciones de prevención entre HG y otros HSH se requiere demostrar científicamente que la epidemia está concentrada en los HSH. Mostrar la vulnerabilidad de los diferentes HSH ayuda a disminuir el estigma y la discriminación. La sensibilización de actores clave contribuye al cambio de actitudes.

### **Lección aprendida: Trabajo con grupos conservadores**

Debido a la cultura imperante en América Latina y el Caribe latino, la homosexualidad y las prácticas sexuales entre hombres son percibidas por la sociedad como “abyección”, “envilecimiento”, “infamia”, “pecado”, etc. Este estigma, sumado al del VIH, hace que las actitudes de otros sectores de la sociedad hacia los HG, otros HSH y las PVVS sean negativas. Sin embargo, la experiencia y seriedad de las organizaciones que responden al VIH/SIDA y trabajan por los derechos humanos de los HG y otros HSH han influido positivamente en la sociedad y han generado cambios de actitud.

El trabajo con iglesias y otros grupos conservadores es importante, pero debe llevarse a cabo de manera cautelosa, ya que estos grupos son reticentes al cambio y ven los temas relacionados con la sexualidad como amenazas a sus fundamentos y dogmas. Buscar a las personas clave dentro de estas instituciones con una visión menos conservadora es fundamental, pues algunas de ellas brindan valiosos servicios a HG y HSH.

## **Programa radial gay: Instrumento de información, construcción comunitaria y promoción de climas favorables**

### **Problema y situación**

Al comenzar la década de los noventa, la respuesta comunitaria a la epidemia del VIH en Argentina era muy débil. La única organización gay del país, la CHA (Comunidad Homosexual Argentina), había conseguido personería jurídica; a la vez, bajo el lema “el SIDA es de todos”, avanzaba la “deshomosexualización” que llevaría a un mayor abandono de las poblaciones estigmatizadas. Era necesario revitalizar la red institucional gay hacia una respuesta que apuntara a la prevención del VIH/SIDA en sus comunidades, debilitada por la persecución y acoso por parte de la fuerza pública (en 1989 el estudio Flichman-Gindin encontró una seroprevalencia del 33% entre HG y otros HSH).

### **Intervención**

Con los primeros subsidios internacionales destinados a ONG que luchan contra el VIH se fundó en 1992 SIGLA (Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina), y en 1993 inició la emisión semanal de un programa radial de una hora. “Totalmente Natural” se transmitía por una FM de alcance barrial, con contenidos de prevención del VIH y las ITS, información institucional y secciones culturales. La novedad lo hizo bastante escuchado en los primeros años, pero perdió su audiencia por la aparición de programas gay comerciales y el corto alcance de la emisora. El programa se volcó entonces a las entrevistas a políticos, porque en la Ciudad de Buenos Aires (que tiene tres millones de habitantes) estaba por aprobarse una constitución local y lograrse la autonomía.

Aceptar la invitación de nuestro programa, ya en otra FM más popular, se volvió un signo de cambio político, y así SIGLA tuvo un poder de generación de opinión pública relevante con su audiencia. Para ampliar su alcance e influencia, el programa se llevó a una frecuencia radial en AM, buscando atraer audiencias y activistas del Gran Buenos Aires (son las ciudades de provincia que rodean a la Ciudad Autónoma, con nueve millones de habitantes de nivel social bajo, poco poder adquisitivo y fuera del ambiente gay). En 2002 decidimos hacer sinergia entre el gran alcance de la radio y el proyecto CREFOR (un plan de construcción comunitaria inspirado en el Proyecto SOMOS del Brasil). En 2004 veintiocho organizaciones de minorías sexuales del norte y centro del país formaron la Federación CREFOR, uno de cuyos proyectos es la retransmisión del programa en directo, grabado o compactado. En 2005 se planea emitirlo rotativamente desde radioemisoras de provincias.

### **Lo aprendido:**

El programa, si bien emite mensajes de prevención, es fundamentalmente una herramienta de construcción comunitaria. Atrae a activistas, legitima las acciones de una comunidad gay comprometida en la defensa y promoción de los derechos humanos y ante la prevención del VIH/SIDA, permitiendo entablar el debate intracomunitario necesario tanto en la generación de conocimientos como en la construcción de un discurso social desde lo minoritario, para el empoderamiento, la organización y la movilización comunitaria.

### **Lección aprendida: Visibilización**

Los eventos que visibilizan a los hombres gay, lesbianas, transgéneros, bisexuales y PVVS (marchas, mítines, paradas, entrevistas en medios de comunicación, etc.) permiten promover una imagen positiva que contribuye a que sean percibidos como sujetos de derecho.

Es necesario promover los aspectos positivos de los estilos de vida de los HG, otros HSH y las PVVS para modificar la percepción negativa que la sociedad tiene de estos grupos.

### **Lección aprendida: Tratados internacionales para la defensa de derechos**

Existe una serie de tratados internacionales que garantizan el respeto a los derechos humanos de los HG y otros HSH y de las PVVS. La mayoría de los países de América Latina y el Caribe latino han firmado tales tratados y declaraciones de compromiso. Estos documentos son herramientas fundamentales para el cabildeo ante quienes toman decisiones y para lograr crear ambientes favorables basados en el respeto, la tolerancia y el derecho.

Es necesario fundamentar los discursos en la defensa del derecho a la salud, a la dignidad y a la vida comprometido en pactos y convenciones internacionales de derechos humanos. Estos fundamentos permiten abrir el diálogo y las propuestas para establecer políticas públicas dirigidas a HG y otros HSH. La comunidad internacional ha sido solidaria y ha contribuido tradicionalmente a velar por estos derechos. Es necesario aprovechar el discurso basado en los derechos humanos que es parte de la política exterior de casi todos los gobiernos para facilitar el cambio de actitudes. Por ello, es importante desarrollar planes de incidencia política.

### **Lección aprendida: Medios de comunicación**

La relación con los medios de comunicación es una de las principales herramientas para promover los cambios de actitud externa. El trabajo constante y planeado en medios de comunicación por grupos organizados de la sociedad civil ha promovido una actitud más abierta. Es necesario hacer que los medios de comunicación publiquen notas que ofrezcan una visión positiva de los HG y otros HSH y las PVVS, libre de estigma y discriminación.

El trabajo de educación y sensibilización de periodistas y el cabildeo con medios de comunicación para abordar los temas relacionados con la orientación sexual y el VIH/SIDA es exitoso.

### ***Abordaje del estigma y la discriminación***

Hemos aprendido que el estigma y la discriminación son obstáculos fundamentales que impiden tener una respuesta efectiva a la epidemia. El estigma y la discriminación son fenómenos estrechamente vinculados que tienen repercusiones en muy diferentes niveles de la sociedad y de la persona. Su impacto es devastador y, si no se enfrentan de manera adecuada, con apoyo en un marco de trabajo que promueva y respete los derechos humanos, la respuesta a la epidemia será deficiente.

### **Lección aprendida: Estigma y discriminación al interior de la comunidad**

Incluso dentro de los mismos grupos de HG y otros HSH existen actitudes discriminatorias y estigmatizantes. Son actitudes de discriminación hacia miembros de la comunidad basados en el éxito, el físico, el estatus serológico, los valores vinculados con la masculinidad, etc. Por ello, es necesario revisar las conductas, actitudes y percepciones dentro de los grupos de HG y otros HSH para conocer sus niveles de estigma y discriminación hacia el interior y poder intervenir en su abordaje.

Sin un abordaje de estos temas al interior de los grupos de HG y HSH será difícil intervenir en aspectos de prevención como el uso del condón, los cambios de comportamiento, la adopción de prácticas saludables, etc. Las medidas de prevención surtirán mejor efecto si se trabaja la autoestima y la homofobia interiorizada a través de estrategias que permitan el desarrollo de la autodeterminación, el ejercicio de la ciudadanía y la reivindicación de los derechos.

### **Lección aprendida: Leyes y marcos jurídicos**

El abordaje de temas relacionados con las leyes y los marcos jurídicos que garantizan el respeto de los derechos humanos es clave para enfrentar el estigma y la discriminación vinculados con la orientación sexual y el VIH/SIDA. Para hacer tangible y concreta la lucha contra la discriminación y el estigma es necesario promover la cultura de la denuncia.

## **Cuerpos para la vida y Lambda: Una sinergia para reducir la vulnerabilidad de los HG y HSH frente a las ITS-VIH/SIDA en el distrito capital a través de la Estrategia “Bogotá sin Homofobia”.**

**Problema y situación:** El segmento poblacional más afectado por la epidemia de VIH/SIDA en Colombia es el de HG y otros HSH. Un estudio de seroprevalencia de la infección por el VIH-I realizado por la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA (Ligasida), NMRC-D-Lima y el Instituto Nacional de Salud (INS) en 651 HG y HSH de Bogotá encontró una prevalencia del 18%, es decir, uno de cada seis hombres gay vive con VIH o SIDA, lo que refleja una alta prevalencia del VIH-I en la población estudiada. También arrojó como resultado niveles elevados de prácticas sexuales de riesgo sin protección con parejas sexuales y ocasionales, entre otras variables de vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/SIDA. Una encuesta realizada en 2001 por la Alcaldía Mayor de Bogotá en ocho mil familias, encontró que el 63% de las personas encuestadas no desea un homosexual de vecino y el 58% no desea una persona que vive con VIH o SIDA en su vecindario. Esto indica los elevados niveles de discriminación y de homofobia hacia las personas que viven con VIH o con SIDA en el distrito capital, factores reconocidos por ONUSIDA que inciden en el aumento de la vulnerabilidad frente a la infección por VIH de este segmento poblacional. Aunque se han venido desarrollando desde 1994 diversas acciones para disminuir el impacto de la epidemia de VIH/SIDA en los HG y los HSH, los reportes epidemiológicos y los estudios realizados demuestran que sigue incrementándose el número de casos de manera vertiginosa, por lo que las acciones no están generando el impacto deseado.

**Intervención:** Con estos antecedentes, Ligasida, conjuntamente con la Fundación PROCREAR, ha venido desarrollando desde el 2004 el proyecto “Cuerpos para la vida” en los colegios del distrito, con el propósito de sensibilizar a los adolescentes y los jóvenes, promocionar la salud sexual, prevenir las ITS y el VIH/SIDA desde un enfoque de derechos y de climas favorables para reducir los niveles de homofobia y de discriminación hacia las personas que viven con VIH o con SIDA en Bogotá. “Cuerpos para la vida” utiliza como estrategia de intervención procesos lúdicos y pedagógicos en los que adolescentes y jóvenes interactúan con facilitadores comunitarios que abordan los temas de la sexualidad humana, derechos sexuales, ITS-VIH/SIDA y métodos de planificación familiar y proyectos de vida. Entre los miembros del equipo de trabajo existen personas con una orientación sexual homosexual (lesbianas, gays y travestis) que conjuntamente con los otros facilitadores heterosexuales promueven la tolerancia y el respeto por la diversidad sexual. De igual manera en 2004 el proyecto Lambda, que viene funcionando desde 1994, propició a través de sus estrategias de intervención espacios de fortalecimiento de la comunidad de mujeres lesbianas, HG, bisexuales y personas travestis o transgénero con acciones de incidencia política dirigidas a ONG, organizaciones de base comunitaria y a la comunidad de mujeres lesbianas, HG, bisexuales y personas travestis o transgénero, además de la Administración Distrital. Se realizaron actos de resistencia por la no discriminación, por el respeto de la orientación sexual, capacitaciones en incidencia política, desarrollo organizacional, reducción de daños y promoción de la tolerancia.

Ambos proyectos cruzaron acciones en 2004 en busca de un objetivo general institucional: disminuir el impacto de la epidemia en los HG y HSH en el distrito capital a través de la estrategia “Bogotá sin homofobia”.

**Conclusiones / lo aprendido:** La estrategia “Bogotá sin homofobia” iniciada a través de los proyectos “Cuerpos para la vida” y “Lambda” ha permitido dimensionar la importancia de cruzar acciones comunitarias para lograr el propósito de disminuir la vulnerabilidad de los HG y los HSH frente a la epidemia de VIH/SIDA. Ha dejado en claro que no basta con desarrollar acciones directamente con este segmento poblacional, sino que se deben crear climas favorables para la reducción de la vulnerabilidad a través del trabajo con otros segmentos poblacionales. La lección aprendida radica en el reconocimiento de que para lograr la reducción del daño social frente a las ITS-VIH/SIDA de los HG y los HSH, debemos generar valores sociales y culturales que propicien el respeto de las representaciones y las dinámicas sociales de la diversidad sexual homosexual, permitiendo una vivencia sana, autónoma y responsable de las sexualidades de los HG y otros HSH, a través del ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos.

En la promoción de los derechos sexuales se deben mantener un lenguaje y una actitud positiva. Ello requiere promover el conocimiento de los derechos sexuales a través de mensajes positivos que puedan promoverse eficazmente entre las poblaciones de HG y otros HSH. Los procesos de denuncia deben ser acompañados por abogados, que guíen a las personas en los trámites y gestiones y los ayuden a disipar sus temores de posibles represalias por hacer las denuncias. Es necesario llevar a cabo acciones concretas para dar seguimiento y completar el proceso de dichas denuncias y su esclarecimiento y proteger a las víctimas.

Para poder medir el grado de estigma y discriminación por orientación sexual y estatus serológico es necesario documentar la discriminación, el estigma y las violaciones a los derechos. Una cultura de protección y defensa al interior de la comunidad también es una estrategia viable.

### ***Abordaje de poblaciones de difícil acceso o invisibles***

Las poblaciones de difícil acceso o invisibles corresponden a los HSH que no necesariamente se identifican como hombres gay, o bien son hombres que sienten atracción por otros hombres de manera esporádica o por presiones sociales han tenido que optar por casarse con una pareja femenina. Otro ejemplo de poblaciones de difícil acceso son los hombres de escasos recursos y los privados de su libertad o que se encuentran en instituciones cerradas.

#### **Lección aprendida: Formas de alcance**

La experiencia indica que aplicar estrategias de intervención diseñadas para poblaciones visibles en poblaciones invisibles no funciona muy bien. Muchas personas de las poblaciones invisibles se consideran heterosexuales y por ningún motivo asumirían una identidad gay, por lo que no se puede llegar a ellos con material explícitamente gay. Es necesario respetar las garantías de las personas con la identidad que han elegido.

Llegar a poblaciones inaccesibles como militares, clérigos y personas privadas de su libertad se facilita haciendo la intervención de prevención considerándolos como hombres sexualmente activos y no como HG o HSH. Se deben crear espacios que garanticen el anonimato; debe lograrse establecer una diferencia entre el comportamiento y la identidad sexual.

Otro enfoque que puede adoptarse es el del derecho a la información como una norma de carácter sanitario más que dirigida a ciertos grupos sexuales. De esta forma al ofrecer información alternativa que toque temas sobre masculinidad y sexo responsable sin intentar llegar directa y abiertamente a grupos de HSH, podemos llegar a las poblaciones de fácil y difícil acceso e incluso puede ser útil para personas que no realizan prácticas homosexuales.

Es necesario identificar los sitios de encuentro o “de ligue” de estas poblaciones y desarrollar estrategias de abordaje adecuadas a cada contexto, por ejemplo en parques, cines para adultos, saunas, etc.

#### **Lección aprendida: Servicios de salud**

Los servicios de salud son clave para llegar a los HSH ocultos. Los servicios como consejería y pruebas voluntarias deben aprovecharse para hacer prevención. La capacitación de los trabajadores de la salud en temas como masculinidad, preferencia sexual, expresión de género y derecho a la salud ha permitido abordar a las poblaciones invisibles o de difícil acceso. Esta capacitación le permite al personal de salud identificar a los HSH más fácilmente y de esta forma proporcionarles servicios e información sobre prevención de mayor calidad.

#### **Lección aprendida: Educación entre pares**

Llegar a las poblaciones de difícil acceso se logra de mejor forma cuando se transmiten mensajes en su propio lenguaje. Las intervenciones de educación entre pares son más efectivas. Alcanzar a poblaciones inaccesibles se facilita trabajando directamente con las

poblaciones visibles que tienen relación con ellas. Algunos sitios clave donde se pueden hacer intervenciones de prevención dirigidas a HSH ocultos o de difícil acceso son: saunas, cines, parques y salas de chat de Internet. Para asegurar el acceso a poblaciones inaccesibles es necesario capacitar y sensibilizar al personal que provee servicios e información.

En estas poblaciones es recomendable hacer intervenciones cortas y precisas ya que la movilidad es un obstáculo para hacerlas continuas.

### **Lección aprendida: Enfoque de Información, Educación y Comunicación**

Para los HSH ocultos, las estrategias de información, educación y comunicación tienen que ir más allá de la provisión de información básica. Se requiere de una variedad de enfoques de información, educación y comunicación que incluyan aspectos como la homosexualidad masculina en la educación con jóvenes y la prevención entre trabajadores sexuales masculinos.

Otras intervenciones exitosas son los mensajes de prevención a través de los medios de comunicación (TV, radio, prensa escrita), los anuncios en medios masivos de comunicación (clasificados, salones de chat y grupos de Internet). Las líneas de apoyo telefónico particularmente son efectivas, ya que permiten el anonimato y evitan la comunicación cara a cara, la cual puede ser un obstáculo para quienes prefieren mantener su identidad oculta.

## **Proyecto Somos Educación entre pares para HG y otros HSH**

**Problema y situación:** Antes de 1998 en Brasil había solamente cerca de 30 proyectos de prevención del SIDA destinados a HG y otros HSH. En 1994 esta categoría epidemiológica representaba el 37% de los casos de SIDA. La escasez de proyectos se atribuía a la falta de capacidad técnica de las organizaciones gay y a la exclusión social de la población de HG y otros HSH. En 1999, con financiamiento del Programa Nacional de SIDA de Brasil, la Asociación Brasileña de Gays, Lesbianas y Transgéneros (ABGLT) empezó la implementación del proyecto Somos. La iniciativa es parte de una estrategia para HG y otros HSH en América Latina, impulsada por la Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía en América Latina y el Caribe, ASICAL.

**Intervención:** Organizaciones de HG con capacidad técnica, localizadas en las 5 regiones geográficas de Brasil, actúan como Centros Regionales de Entrenamiento a través de alianzas con ONG, gobiernos locales y universidades. Una vez al año, cada centro selecciona hasta 12 organizaciones incipientes de HG o individuos con perfil de liderazgo de ciudades grandes con notificación alta de casos de SIDA, pero sin programas de prevención hacia HSH. Los grupos y líderes identificados participan en un proceso de capacitación sobre incidencia política, desarrollo organizacional e intervención, a fin de preparar los liderazgos, no solamente para acciones de prevención sino también de promoción de la ciudadanía de HG y otros HSH y de negociación de alianzas de sostenibilidad para sus proyectos locales. Cada organización capacitada elabora su proyecto local de prevención dirigido a HSH y recibe visitas de acompañamiento de su Centro Regional. Ahora, en 2005, más de 150 organizaciones son parte del proyecto.

**Lecciones aprendidas:** El proyecto no solamente ha posibilitado que una población de mayor vulnerabilidad social frente al VIH/SIDA se organice en temas de prevención e incidencia política, sino que cuente con una serie de herramientas metodológicas y estratégicas para su fortalecimiento organizacional. Esto se vio reflejado no solamente en el número de proyectos aprobados para actividades de prevención del VIH/SIDA, sino en la generación de la respuesta y movilización comunitaria con un creciente número de grupos en proceso de organización y consolidación institucional.

Este modelo de educación entre pares es apropiado en situaciones de alta incidencia de SIDA entre HG y otros HSH y donde esta población no está organizada social o políticamente.

## Monitoreo y evaluación

### *Introducción*

Las actividades de monitoreo y evaluación (M&E) están vinculadas estrechamente, sin embargo existen diferencias importantes entre unas y otras. El monitoreo es un proceso continuo que nos sirve para reunir información que nos permite apreciar lo que estamos haciendo. La evaluación es un proceso que se lleva a cabo de manera periódica y consiste en apreciar la información con la que contamos y juzgarla a partir de valores previamente definidos.

Las actividades de monitoreo nos sirven para estar al tanto de los aspectos importantes de nuestros proyectos. Nos ayudan a detectar a tiempo “focos rojos”, es decir aspectos que no están funcionando correctamente y, finalmente, nos permiten contar con la información necesaria para llevar a cabo la evaluación de nuestro trabajo.

La evaluación nos permite justificar la existencia de nuestros proyectos brindándonos los argumentos necesarios. Nos ayuda a entender qué funcionó y qué no. También nos da retroalimentación para que podamos planear mejores formas de enfrentar un problema específico. La evaluación también nos proporciona elementos que nos permitan alcanzar mejores y mayores resultados.

Existen tres tipos de evaluación:

**Evaluación de proceso:** Aplicable a todo tipo de proyectos, ya que se centra en cómo se llevaron a cabo y analiza la forma en que se ofrecieron los servicios y entre quiénes. Se centra en el desarrollo de las actividades.

**Evaluación de resultados:** Se puede aplicar en casi todo tipo de proyectos, pero es más específica, ya que busca identificar cómo el proyecto o programa alcanzó sus objetivos. Se centra en observar los cambios generados por el proyecto.

**Evaluación de impacto:** Sólo se puede aplicar a algunos proyectos, ya que analiza el último nivel de impacto del proyecto, es decir, qué tipos de cambios en el contexto generó. Estos cambios sólo se logran con proyectos complejos y de larga duración. Las evaluaciones de impacto son difíciles de realizar, por lo que se requiere de equipos conformados por expertos.

Los procesos de monitoreo y evaluación deben ser conducidos por las mismas personas que se encargaron del desarrollo general de los proyectos. También es deseable que las agencias de cooperación se involucren en estos procesos. Cuando el monitoreo y la evaluación involucran a las comunidades o personas beneficiadas por el proyecto, éstos son más ricos. Otras personas con cierto nivel de influencia en el proyecto también pueden involucrarse en el proceso.

Para que un proceso de M&E sea exitoso se debe contar con un proyecto que tenga bases claras, que explique lo que queremos lograr y mediante cuáles acciones. La evaluación parte de lo que nos proponemos y de lo que pensamos hacer. Ahí radica la importancia de tener claras las bases del proyecto.

Un aspecto fundamental para hacer que un proyecto tenga bases claras es definir indicadores basados en los objetivos generales y específicos, así como en las actividades del proyecto. Redactar indicadores no es difícil, sin embargo debemos recordar que son parámetros o criterios que nos ayudarán a valorar nuestro trabajo. Para desarrollarlos basta preguntarnos: ¿qué aspectos podrían indicar que algo salió bien o mal?

Los indicadores nos ayudan a definir lo que vamos a hacer para alcanzar los objetivos que nos hemos planteado.

Ejemplos de indicadores<sup>4</sup> de ONUSIDA:

- Conocimientos sobre prevención de la infección por VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Población que solicita hacerse la prueba del VIH, se hace la prueba y recibe el resultado de la prueba.
- Uso de condón en la relación sexual anal más reciente entre hombres que tienen sexo con hombres.
- Relaciones sexuales de alto riesgo entre hombres en el año anterior.
- Hombres y mujeres que solicitan tratamiento para ITS.
- Actitudes de aceptación frente a las personas que viven con el VIH.

A cada criterio que seleccionemos para evaluar nuestro proyecto debemos asignarle un valor. Para hacerlo basta con preguntarse qué es lo importante, qué o cuánto se esperaría lograr en un periodo determinado. Los indicadores deben enumerar lo que se piensa hacer para alcanzar los objetivos. Nos sirven para responder si las actividades nos ayudarán a alcanzar los resultados deseados. También nos ayudan a verificar si hay actividades que no estén conectadas a ningún resultado o a saber si hay resultados que no están conectados con ninguna actividad.

Existen dos tipos importantes de indicadores: de resultado y de proceso. Conocer la diferencia entre ambos es lo más importante para las personas encargadas de desarrollar los programas. Los indicadores de resultado nos ayudan a saber si el proyecto ha generado los cambios previstos. Se refieren a los objetivos del proyecto. Son observables y medibles y generalmente se expresan en números, tasas o porcentajes. Por cada resultado debe existir al menos un indicador, que debe expresarse de manera suficientemente específica para que sea claro, evitando el uso de palabras rebuscadas o subjetivas.

Los indicadores de proceso nos ayudan a saber si el proyecto ha logrado llevar a cabo las actividades previstas. Deben indicarnos si las actividades clave del proyecto se han cumplido. También nos deben hablar de la calidad con que se llevó a cabo cada actividad. Pueden incluir aspectos como la satisfacción de la persona que realizó el trabajo y la satisfacción de las que se beneficiaron de las actividades.

Para cada criterio y valor que hayamos seleccionado debemos elegir las fuentes de las que obtendremos la información necesaria y la forma en que recabaremos dicha información. Es necesario definir dónde se localizará la información para medir los indicadores y cómo obtenerla. También es necesario asegurar que las fuentes de verificación estén disponibles, sean costeables, válidas (midan lo que se necesita medir), confiables (produzcan información consistente a lo largo del tiempo). Hay que asegurarse de que utilicen una mezcla de datos cualitativos (referentes a la calidad, las percepciones) y cuantitativos (referentes a la cantidad).

Es importante definir cuándo se recolectará la información (antes o después del proyecto, en algunas actividades específicas, de manera continua, etc.), cuándo se obtendrá información de los beneficiarios y definir si se harán entrevistas a todos o sólo a una muestra. Si se opta por una muestra es importante asegurarse de que es suficientemente general. Es conveniente partir de una línea de base (información sobre la situación prevaleciente antes de la iniciar la intervención).

---

<sup>4</sup> Un grupo de trabajo técnico especializado en los grupos de población de más alto riesgo está reconsiderando actualmente estos y otros indicadores.

## Estudio de caso: CD4, de México. Evaluación de resultados

El grupo CD4, Juntos por Amor A.C., una ONG ubicada en Cuernavaca, México, ofrece un ejemplo interesante de cómo una pequeña organización puede incluir una evaluación de resultados sencilla pero efectiva en su campaña de prevención para HSH.

CD4, fundado en 1995 en la capital de un pequeño estado de México, tiene como misión “*generar una cultura de educación sexual con perspectiva de género como herramienta para la prevención del VIH/SIDA, ITS y embarazos no planeados*”. El estado de Morelos tiene una epidemia que es un reflejo de la del resto de México. Mientras la prevalencia global es relativamente baja (un 0,3 %), se estima que la prevalencia entre HSH urbanos es relativamente alta (hasta un 15%). Antes de 2000 fueron muy pocos los esfuerzos de prevención emprendidos en el estado de Morelos con la comunidad gay y con otras comunidades de HSH.

Con el apoyo de *Patrimonio de la Beneficencia Pública* de México y de CENSIDA (el Programa Nacional de SIDA), CD4 desarrolló e implementó un programa de prevención enfocado en HSH en puntos de encuentro en Cuernavaca y Cuautla (la segunda ciudad en importancia de Morelos). Como parte integral del proyecto, CD4 aplicó una encuesta antes y después de las intervenciones. El Instituto Nacional de Salud Pública de México ofreció su colaboración para el análisis de la información de este proceso.

Por un período de poco menos de dos años, CD4 realizó actividades en bares gay de las ciudades de Cuernavaca y Cuautla. Estas incluyeron exhibiciones para la difusión de información a través de folletos, distribución de condones, así como lubricante envuelto en hojas de tamal, máscaras con información en la parte de atrás, camisetas para el equipo de trabajo, etc. CD4 organizó también talleres para gays y otros HSH reclutados en los bares. CD4 publicó incluso 8 ediciones de una revista local de información gay, *Queernavaca*. Esta incluía información sobre el VIH, sobre servicios de salud y sobre eventos de la comunidad y los lugares.

En agosto de 2002 y de nuevo en julio de 2004, CD4 organizó una pequeña investigación con clientes de bares durante dos fines de semana. El cuestionario, de una hoja por ambos lados, incluyó preguntas sobre prácticas sexuales, conocimiento del VIH, actitudes, consumo de alcohol, etc. Se analizaron 518 cuestionarios de 2002 y 631 de 2004 (aplicados en 6 bares gay de Morelos). Los aspectos que se destacan de los resultados incluyen: un incremento significativo (del 34,5% al 51,2%) de los participantes del estudio que reportaron tener un condón con ellos. Las personas que se identifican a sí mismas como gay, homosexuales y bisexuales reportaron un incremento en el uso del condón con su última pareja casual. Todos los grupos de edad reportaron un mayor uso del condón, pero el incremento fue muy significativo para aquellos entre 25 y 30 años.

El estudio de 2004 incluía preguntas sobre la familiaridad que tenían con los materiales de CD4. A más de la mitad de los participantes les fue familiar al menos uno de los materiales de información sobre prevención de CD4. Las personas que habían leído *Queernavaca* o el folleto de CD4 sobre sexo anal fueron las que más reportaron el uso del condón con su última pareja casual.

Los estudios de evaluación de resultados fueron, de acuerdo con CD4, relativamente fáciles de llevar a cabo y proporcionaron información valiosa sobre los resultados de su trabajo y sobre las posibles orientaciones de futuros esfuerzos de prevención con los gays y otros HSH. Aun cuando la colaboración con una institución académica fue parte integral del éxito obtenido, la evaluación fue una parte integral del proyecto de CD4 y fue diseñada y realizada por la propia organización.

### Lección aprendida: Desmitificación del monitoreo y la evaluación

Puede parecer algo complicado, pero los procesos de monitoreo y evaluación los hacemos todos los días. Son los que guían nuestras acciones para obtener los resultados que nos hemos fijado.

Para lograr integrar las actividades de M&E a la vida institucional de las organizaciones es necesario desmitificarlas. Se debe formar el hábito de evaluar. Las organizaciones deben desarrollar planes de M&E a la par que desarrollan los proyectos para las intervenciones de prevención de las ITS y el VIH/SIDA entre HG y otros HSH. La evaluación debe verse como un instrumento de trabajo y no como una forma de descalificar el trabajo de las organizaciones. Los procesos de M&E deben llevarse a cabo, no se deben evadir.

### **Lección aprendida: Planes de monitoreo y evaluación**

Para que los procesos de M&E tengan éxito es preciso que al diseñarlos se cuente con objetivos claros, medibles y alcanzables. El diseño de planes de M&E debe considerar sistemas que apoyen la documentación y sistematización de las experiencias. La selección de fuentes de verificación y formatos para la recolección de información es fundamental para el éxito de los procesos de M&E. Los instrumentos para los procesos de M&E deben centrarse en conocer la efectividad de las intervenciones, sus logros y sus fallas, no en juzgar a las personas que las llevan a cabo.

Algunas formas de evaluar procesos incluyen la evaluación de talleres y materiales. Se puede hacer medición en razón de la cantidad de materiales distribuidos, así como el tipo de lugares de distribución. En algunos casos se utilizan formularios, en otros conteos a mano. Para medir la cantidad de materiales que los usuarios se llevan a casa se distribuyen y luego se recogen los del suelo y se cruzan las cifras. En algunos casos los materiales son censurados, lo que afecta el proceso. Para la evaluación cualitativa se pueden aplicar la observación participativa o el uso de grupos focales.

En lo que respecta a los talleres, las herramientas de evaluación incluyen: listas de asistencia, evaluación participativa, informes de proceso, observaciones de metodologías, informes de resultados, talleres de lecciones aprendidas y talleres de revisión de actitudes.

### **Lección aprendida: Análisis de la información**

Para que los procesos de M&E tengan una mayor relevancia y su apreciación de los logros y resultados sea más completa es preciso analizar la información de forma objetiva y crítica. Se debe evaluar usando métodos tanto cualitativos como cuantitativos. Al mostrar resultados que demuestren la efectividad y el carácter innovador de nuestras intervenciones la búsqueda de financiamiento será más fácil.

### **Lección aprendida: Diseminación de resultados**

Los resultados de los procesos de M&E deben compartirse y difundirse ampliamente. Especialmente se deben compartir las mejores prácticas de M&E de los proyectos de prevención con HG y otros HSH en la región. Ello contribuirá a mejorar la calidad de la respuesta y a generar procesos de incremento de capacidades y habilidades, necesarios para cubrir los vacíos que existen en América Latina y el Caribe latino en términos de M&E.

Para llevar a cabo dicha difusión se han puesto en marcha diferentes métodos: relatorías, banco de datos, publicación de folletos y trípticos, distribución de los resultados en revistas especializadas, diarios y los medios masivos (TV, radio, Internet).

Las experiencias sistematizadas se han presentado en eventos culturales y foros, se han elaborado informes (internos, y para las agencias), se han organizado talleres para presentar resultados, se ha participado en talleres internacionales (conferencias, foros, congresos) y publicaciones.

### **Lección aprendida: Incremento de capacidades y habilidades**

Las actividades de M&E aún no son un elemento común en la vida institucional de muchas organizaciones comunitarias de América Latina y el Caribe latino. Por ello es necesario incrementar las capacidades y habilidades en los procesos de M&E, para que puedan ser

## Estudio de caso: Prevención —enfoque y comprensión— con múltiples poblaciones vulnerables

El Proyecto de Prevención en las Fronteras (PPF) es un proyecto multidimensional, implementado en el Ecuador por una ONG nacional que apoya intervenciones locales en comunidades de HSH alrededor del país. Este proyecto se ha llevado a cabo en 9 centros urbanos del Ecuador y forma parte de un proyecto de International HIV/AIDS Alliance, el cual tiene lugar en tres países distintos y en los que por tres años se ha realizado un estudio de evaluación de resultados y de impacto. Este es un intento de facilitar un acercamiento integral a la prevención del VIH en poblaciones clave afectadas por la epidemia y las cuales son capaces de afectar el rumbo de la misma.

En un país con relativamente baja prevalencia, el programa de prevención se enfoca en tres poblaciones que se consideran clave en la dinámica de la epidemia: gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, y personas viviendo con VIH. El proyecto se concentra y actúa (o trata de promover la acción) en cuatro áreas: 1) Promoción de la salud enfocada en el individuo (información, educación, construcción de habilidades, promoción de pruebas y de consejería, reducción del daño). 2) Mejorar la calidad y acceso a los servicios sociales y de salud (incluyendo por ejemplo diagnóstico y tratamiento) así como de los productos de prevención (condones, lubricantes, etc.). 3) Movilización de la comunidad (construcción del capital social, redes de solidaridad y comunicación). 4) Concientización y actuación de la comunidad (reducción del estigma, desarrollo y cambio de políticas, inclusión de poblaciones clave en la toma de decisiones). Es una combinación de negociar y presionar para apoyar proyectos individuales, construir capacidades individuales y comunitarias y facilitar foros de intercambio de las comunidades, todo bajo un monitoreo cuidadoso. Al enfocarse en las tres poblaciones clave, cada una con su múltiple diversidad y realidades específicas, el PPF trata de facilitar una respuesta más integral por parte de la comunidad.

El proyecto (el cual se encuentra en su segundo año de avance al momento de escribir este reporte) ha seguido fases similares a las de sus contrapartes en dos estados de India y Camboya: 1) Diagnóstico comunitario participativo. 2) Desarrollo y apoyo en foros de intercambio. 3) Reforzamiento de servicios y 4) Movilización de la comunidad. En la comunidad gay y de HSH esto ha significado re-examinar su situación de solidaridad social y de respuesta comunitaria. Ha significado aprender a colaborar en diferentes niveles y simultáneamente argumentar y negociar políticas, programas y cambios en la entrega de servicios.

La fase inicial, la cual consistió en una evaluación participativa del sitio, fue realizada principalmente por personas de las comunidades clave. Se capacitaron equipos combinados de las tres poblaciones clave, se les envió a realizar el trabajo de campo y a facilitar el proceso de análisis de los resultados obtenidos. En el proceso aprendieron sobre otras comunidades además de la propia: sus necesidades, problemas, servicios y estrategias para sobrevivir. Aprendieron a trabajar juntos y a ver a sus comunidades vinculadas. Al respecto el PPF ubica tres temas clave relacionados en estas comunidades: autoestima, capital social y estigma. Por otra parte, al tener personas viviendo con VIH como socios en un proyecto de prevención, el PPF también ubica un aspecto fundamental y a menudo pasado por alto en la prevención: “la prevención positiva”. Ahí donde el proceso es tan importante como el producto, el PPF trabaja construyendo capacidades, en diversas áreas tales como la evaluación, en la que la atención está puesta en el monitoreo vigilante de las intervenciones y de los resultados.

Aun cuando el Proyecto de Prevención en las Fronteras no pretende hacer todo, sí provee un marco para facilitar un acercamiento integral al VIH, enfocándose en aquellos aspectos que son más cruciales de la epidemia, y ciertamente ofrece un prototipo para la acción e investigación en el futuro.

integrados de manera natural en la planificación estratégica de las organizaciones. Se requiere integrar el monitoreo y la evaluación a los planes de trabajo desde el diseño del proyecto. Es recomendable que las organizaciones desarrollen políticas institucionales que garanticen la

inclusión del M&E. Conviene que los planes de M&E se negocien con donantes desde las primeras etapas del financiamiento de proyectos de prevención entre HG y HSH. Deben asignarse recursos suficientes para los procesos M&E: recursos humanos y financieros.

**Lección aprendida: Adaptación de modelos**

Existe una serie de modelos ya existentes sobre procesos de M&E. Es posible adaptarlos y usarlos en el contexto de América Latina y el Caribe latino con una mirada crítica, mientras se adaptan o se construyen modelos propios. Para el desarrollo de los modelos regionales es preciso contar con el apoyo de universidades y centros de investigación.

## Capítulo 3.

# Orientaciones estratégicas para la prevención de las ITS y del VIH/SIDA entre HG y otros HSH en América Latina y el Caribe latino

Uno de los componentes clave del taller de Guatemala fue lograr establecer una serie de orientaciones estratégicas que sirva de guía tanto para las organizaciones como para los trabajadores comunitarios, así como recomendaciones que les ayuden a quienes toman decisiones y otros actores clave a responder a la epidemia en la región. Estas orientaciones se han dividido en 6 áreas, las cuales responden a los campos de acción que los participantes en el taller consideraron como prioritarios:

1. Diseño de modelos e investigación
2. Intervenciones
3. Monitoreo y Evaluación
4. Formación de alianzas y comunicación.
5. Capacitación
6. Movilización de recursos

### ***Diseño de modelos e investigación***

A lo largo de la historia de la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe latino se han puesto en marcha diversas estrategias basadas en una variedad de modelos. Muchas de ellas han sido exitosas. Las intervenciones deben crearse de acuerdo con el contexto cultural, político y social de cada región. En América Latina y el Caribe latino también han surgido modelos que responden a estas características. Por lo tanto es necesario elaborar inventarios de los modelos propios de la región, así como bases de datos sobre otros temas que se vinculan, como la orientación sexual, la sexualidad, el género y la salud para poder compartir estas experiencias. Una vez creadas estas bases de datos con los modelos y otros materiales gráficos producidos en la región, deben difundirse ampliamente. Hoy en día las comunicaciones electrónicas representan una forma económica y eficiente de hacer llegar la información a públicos de toda la región. Por ello subir estas bases de datos a la red electrónica es una opción viable. Para la creación de estas bases de datos también es importante el establecer alianzas y trabajos de colaboración con instituciones académicas que contribuyan en la recopilación, sistematización y difusión de los datos.

Sobre los modelos exitosos disponibles es importante sistematizar la información de acuerdo con criterios que demuestren que han sido validados, que se ha probado su efectividad, posibilidades de adaptación y replicabilidad y, si es necesario, hacerlos disponibles en los idiomas de la región: castellano y portugués. Los modelos exitosos deben ser adoptados por los gobiernos. Alianzas estratégicas entre gobierno y sociedad civil deben formalizarse para potenciar la respuesta.

Otro aspecto importante que se debe considerar es la promoción del diseño de modelos basados en el enfoque investigación–acción. La elaboración de líneas de base, investigación cualitativa y cuantitativa, diagnósticos situacionales, etc. debe contar con la participación de las comunidades.

Las relaciones sexuales entre hombres se deben a diferentes razones. La mayoría de las personas lo hacen por deseo, pero otros lo hacen por dinero u otro tipo de compensaciones o simplemente porque no hay mujeres disponibles, e incluso porque a las personas se les fuerza a hacerlo. En toda sociedad existen hombres que se sienten sexualmente atraídos por hombres. En América Latina y el Caribe latino existen muchas identidades (cómo se es) y conductas sexuales (qué se hace). A menudo estos ejes se cruzan y generan una variedad de subpoblaciones que no siempre es fácil describir. Por esta razón, para el diseño de intervenciones efectivas es indispensable la creación de un inventario que describa a las subpoblaciones de HSH según los países y cómo los latinoamericanos percibimos la cultura gay importada y la adaptamos a nuestros propios entornos básicamente dominados por las culturas criollas, mestizas o las mezclas étnicas, culturales, sociales, etc. Es importante continuar desarrollando modelos que respondan a esta amplia diversidad.

Se debe continuar estimulando la investigación social y antropológica desde la perspectiva comunitaria. Para apoyar el trabajo de la sociedad civil es necesario contar con estudios de variación de comportamiento por clase, etnia, región y cultura, diseñar modelos de estudios sobre conocimientos, actitudes y percepciones y estados de prevalencia de las ITS y el VIH.

## Intervenciones

Las intervenciones basadas en los procesos de información, educación y comunicación deben tener seguimiento, a fin de poder hacer sustentables los cambios. Los procesos y resultados de tales intervenciones deben ser sistematizados y documentados. Es necesario también investigar más sobre cómo los procesos de información, educación y comunicación deben ser adaptados de acuerdo a la diversidad cultural y social de América Latina y el Caribe latino. También es importante que estos procesos enfatizen el empoderamiento de los HG y otros HSH y las PVVS a fin de que promuevan conductas de auto cuidado de la salud y modelos de estilos de vida positivos.

Para lograr un mayor éxito en la puesta en marcha de intervenciones es necesario que las comunidades con las que se trabajará estén involucradas en todas las etapas del proceso: análisis de la situación, diseño de la respuesta e implementación de la respuesta.

Las intervenciones de prevención entre HG y otros HSH, sea cual sea su enfoque o metodología, se deben complementar con la promoción y distribución de productos de consumo: condones y lubricantes. Para ello es indispensable mejorar la cobertura y disponibilidad de tales productos, ya sea por mercadeo social o por distribución gratuita.

La vinculación de prevención con atención requiere de intervenciones “puente”. Una forma de tender estos puentes es asegurar la disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento de las ITS y el VIH, la toma de pruebas voluntarias con consejería y el personal de salud capacitado, así como el acceso a medicamentos ARV y tratamientos para infecciones oportunistas.

Enfrentar el estigma y la discriminación en diversos ámbitos: personal, servicios de salud, marco legal, instituciones religiosas, instituciones de gobierno, medios de comunicación, etc., es indispensable en la respuesta al VIH/SIDA, las ITS y otros temas vinculados con la homosexualidad, el género, el uso de drogas inyectables y la reducción del daño. Vincular todos estos temas y diseñar intervenciones que atiendan estas necesidades debe ser una constante.

Es fundamental el diseño de intervenciones específicas que consideren la variedad de subpoblaciones como: jóvenes gay, jóvenes HSH, trabajadores sexuales, travestis, transgénero, bisexuales, HSH privados de su libertad, etc. y los distintos sitios clave de reunión de los HG y otros HSH (incluso los sitios en Internet).

Las intervenciones basadas en la asesoría entre iguales también se deben reforzar a través de servicios telefónicos, cara a cara o en lugares de encuentro. La asesoría debe incluir el trabajo con parejas de hombres gay serodiscordantes (uno que vive con VIH y otro que no).

Las intervenciones exitosas de incidencia política enfocadas a gestionar y cabildear en los espacios de toma de decisiones para la promoción de derechos se deben fortalecer, documentar y difundir. El énfasis de la incidencia política se debe poner en la inclusión en las agendas públicas de los temas vinculados a la salud de los HG y otros HSH, en defender y denunciar las violaciones de los derechos humanos, en la auditoría social y en la vigilancia ciudadana.

El trabajo en red, la colaboración y la formación de alianzas con otros sectores y actores clave, asegurar que las intervenciones se potencien y promover su formación y fortalecimiento serán elementos clave para ampliar y mejorar la respuesta.

## **Monitoreo y Evaluación**

Se ha reconocido la importancia de incluir el componente de M&E en la puesta en marcha de intervenciones. Sin embargo aún existen vacíos importantes en este sentido. Algunas organizaciones han desarrollado mecanismos de M&E que les han permitido supervisar el desarrollo de sus proyectos y conocer sus aciertos y sus fallas; estas experiencias deben ser compartidas. Las organizaciones deben formular políticas institucionales que faciliten el cumplimiento de sus objetivos e incluir en sus proyectos planes de M&E. Es fundamental compartir experiencias exitosas y no exitosas sobre el tema.

Para apoyar estos procesos es necesario crear técnicas e instrumentos de evaluación; herramientas como manuales que muestren estudios de caso y apoyen al desarrollo de indicadores; metodologías innovadoras como el uso de grupos focales; establecer modelos teóricos estándar y crear un directorio de instituciones que pueden ofrecer asistencia técnica en estos temas. La formación y capacitación de recursos humanos también es un elemento clave. Es recomendable que las organizaciones puedan crear un área de monitoreo y evaluación.

Las evaluaciones del impacto de las intervenciones, por su complejidad y altos costos, se deben realizar de manera conjunta entre los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil.

## **Formación de alianzas y comunicación**

Es necesario establecer acuerdos de trabajo y fomentar el trabajo en red entre las organizaciones con fines comunes, instituciones académicas, instituciones gubernamentales, agencias donantes y de cooperación internacional, ministerios, iniciativa privada, etc. Este tipo de alianzas potenciará la respuesta al contribuir a enriquecer el quehacer de las organizaciones no gubernamentales y de los gobiernos, al permitir el intercambio de experiencias, la provisión de asistencia técnica y la canalización de recursos humanos y financieros. Otras alianzas estratégicas incluyen los medios de comunicación, iglesias y organizaciones que trabajan en incidencia política y otros temas relacionados con los derechos humanos, etc.

La formación de alianzas entre organizaciones de HG que trabajan en HSH de la región para compartir experiencias de trabajo, materiales producidos, herramientas, modelos, etc., es una forma de transferir recursos de países donde hay más recursos técnicos a otros que no cuentan con las mismas posibilidades. En este sentido la labor de coordinación y comunicación entre las redes regionales existentes será crucial.

Entre las acciones para potenciar el trabajo de prevención entre HG y otros HSH de América Latina y el Caribe latino se encuentra la creación de portales en Internet que permitan el intercambio y la comunicación de experiencias entre las organizaciones de la región que trabajan en estos temas. Estos portales pueden ser centros de recursos que incluyan foros electrónicos de discusión.

A fin de darles seguimiento a los espacios de intercambio y capacitación que se han creado específicamente para las organizaciones que trabajan con HG y otros HSH en América Latina y el Caribe latino, es necesario organizar reuniones para revisar avances y establecer líneas de acción y estrategias conjuntas en la región.

También es deseable contar con una herramienta para catalogar la riqueza y diversidad del lenguaje y los términos específicos relacionados con el trabajo de prevención entre HG y otros HSH en América Latina y el Caribe latino. Esta herramienta también podría servir como un compendio de recomendaciones sobre aspectos éticos que deben considerarse al hacer trabajo de prevención entre HG y otros HSH.

Para que las experiencias de más organizaciones e individuos de América Latina y el Caribe latino se puedan compartir y usar en otros contextos, es indispensable contar con servicios de traducción que faciliten las comunicaciones y los intercambios. Las principales lenguas de la región son el castellano y el portugués. Sin embargo el inglés y el francés también son idiomas relevantes para el trabajo de prevención.

Es importante promover foros de discusión sobre los temas relacionados con la prevención de las ITS, el VIH/SIDA y la homosexualidad en todos los eventos regionales como conferencias y reuniones de trabajo regionales, así como la formación de grupos de trabajo específicos.

## Capacitación

Es necesario incrementar las capacidades de las organizaciones que trabajan en prevención de las ITS y el VIH en HG y otros HSH en modelos de intervención que les ayuden a mejorar la eficacia de su trabajo. El incremento de habilidades y capacidades debe contemplar siempre temas como VIH, SIDA, ITS, género, masculinidad, sexualidad, uso de drogas, salud sexual y homosexualidad, entre otros.

El uso de la tecnología en las comunicaciones electrónicas y la Internet es una opción viable para crear espacios de capacitación y foros de actualización, debate y discusión. Así como el aprendizaje entre pares a través del compartir experiencias que puedan replicarse en diferentes contextos (pasantías virtuales). Sin embargo, también es importante continuar promoviendo pasantías *in situ*, es decir visitas a organizaciones que puedan proveer asistencia técnica a otras organizaciones que trabajan en temas afines. Este método es particularmente efectivo porque les permite a las personas aprender haciendo, mediante su participación en la puesta en marcha de iniciativas en otros países o localidades.

Algunos temas de interés común para la mayoría de las organizaciones que trabajan en prevención entre HG y HSH para incrementar sus capacidades y habilidades son: modelos para generar cambios de comportamiento, sistematización y documentación de las experiencias, recaudación de fondos para el trabajo de prevención entre HG y otros HSH y temas relacionados con la ciudadanía. Existe consenso en que las capacitaciones deben contar con métodos y sistemas de evaluación que permitan medir su eficacia e identificar debilidades para poder subsanarlas.

La experiencia acumulada por las organizaciones no gubernamentales debe ser capitalizada y apoyada por los gobiernos, a fin de que los trabajadores comunitarios puedan continuar sensibilizando y capacitando a otros actores clave en la respuesta regional (gobiernos,

académicos, medios de comunicación, jefes de redacción de medios impresos, sociedad civil, etc.).

## **Búsqueda de fondos**

Una forma de potenciar el acceso a los fondos restringidos disponibles para el trabajo entre HG y otros HSH es formular proyectos regionales, que se les puedan presentar a instancias como el Fondo Global. Estos proyectos pueden impulsar las intervenciones regionales existentes sobre incidencia política, desarrollo organizacional e intervenciones específicas de prevención en los países.

Es necesario fortalecer una estrategia de difusión de los resultados, lecciones aprendidas y prácticas óptimas en el trabajo de prevención entre HG y otros HSH como estrategia para atraer recursos y demostrarles a los donantes la efectividad del trabajo llevado a cabo en la región. Para lograr lo anterior es necesario mejorar los sistemas de monitoreo y evaluación para derivar de ellos la información necesaria para sistematizar las experiencias. La publicación de experiencias en revistas especializadas es un ejemplo de ello.

La puesta en marcha de formas alternativas de sostenibilidad como la venta de servicios debe fortalecerse; de esta manera será posible depender en menor grado de los recursos de las agencias donantes y la cooperación internacional. Los proyectos productivos y el mercadeo social son alternativas viables.

Es conveniente la creación de un Comité de Organizaciones no Gubernamentales de América Latina cuya finalidad sea facilitar la búsqueda y movilización de recursos para llevar a cabo actividades de prevención entre HG y otros HSH en la región. Este Comité también podría realizar actividades de incidencia política a nivel regional con los gobiernos para lograr que haya más fondos públicos disponibles para que las organizaciones pongan en marcha proyectos e iniciativas.

Un Comité de dichas características podría atraer recursos a gran escala para proyectos regionales. Ello facilitaría el trabajo de negociación de recursos con agencias como la Alianza Internacional, USAID, ONUSIDA y el Fondo Global. Este Comité también tendría la capacidad de movilizar recursos regionales para atender las necesidades de poblaciones como HSH, indígenas, jóvenes y temas relacionados con la sexualidad.

En tanto no exista un Comité con estas características las capacidades a nivel local y nacional para la captación de recursos financieros deben continuar siendo una prioridad. Sin recursos no será posible que las organizaciones puedan responder adecuadamente a los desafíos que plantea la epidemia.

## Capítulo 4.

### Conclusiones

Después de revisar algunas de las estrategias más representativas, de conocer las lecciones aprendidas de diversas organizaciones de la región y los estudios de caso que describen más en detalle estas experiencias, hemos formulado diez fundamentos para la prevención de las ITS y el VIH entre HG y otros HSH en América Latina y el Caribe latino. Estos fundamentos pretenden ser orientaciones que ayuden a guiar las acciones de quienes se interesen en emprender intervenciones de prevención enfocadas en esta población.

#### **Los 10 fundamentos para la prevención de las ITS y el VIH entre HG y otros HSH en América Latina y el Caribe:**

1. **Acceso a la información**
2. **Libertad de elección**
3. **Acceso a productos de consumo para la prevención**
4. **Servicios de salud de calidad**
5. **Organización y congregación**
6. **Acceso a recursos**
7. **Estigma y la discriminación**
8. **Involucramiento en la toma de decisiones**
9. **Desarrollo de capacidades**
10. **Investigación y evaluación**

#### **1. Información**

Para el trabajo de prevención es fundamental que las personas tengan **acceso a información clara y apropiada** sobre la salud en general: los mecanismos de transmisión del VIH y otras ITS y cómo prevenirlas, e información sobre cómo mantener el sistema inmunológico funcionando adecuadamente para evitar la progresión de la infección por VIH o del SIDA. La información debe tener **libertad de circulación** y su acceso debe ser amplio para todas las personas que la necesiten para disminuir su vulnerabilidad y riesgo. Para que los mensajes de prevención sean claros deben ser explícitos y transmitidos en un lenguaje simple, claro y coloquial. La información debe estar libre de censura, tanto en el uso de imágenes como de texto. Ya que debe llegar a diferentes grupos de personas con distintas características, debe transmitirse en un **lenguaje coloquial y comprensible para todos**.

Ya que los temas relacionados con las ITS, el VIH y la sexualidad son difíciles, la información debe abordarlos con claridad, especialmente en lo que se refiere a la sexualidad. Debe estar **libre de juicios morales** que culpen a las personas infectadas o que juzguen a las personas por su conducta, orientación sexual o el número de parejas sexuales.

#### **2. Libertad de elección**

Es fundamental que las personas puedan **tener opciones** que les permitan tomar decisiones informadas y tener la libertad de elegir sobre los temas que afectan su salud y bienestar, y la

salud de sus parejas y seres queridos. Las personas deben tener conciencia de que tales decisiones no deben interferir en las decisiones y los derechos de otros.

Para que las personas puedan ejercer su **libertad de elección**, es necesario que puedan contar con una gama de opciones que incluyen estilos de vida: aspectos relacionados con la personalidad, la educación, la familia, el trabajo, los amigos, la pareja, etc., actos y prácticas sexuales, sexualidad, opciones para reducir el riesgo de infección por el VIH y otras infecciones. Las personas necesitan **sentirse bien consigo mismas** y con quienes las rodean para tomar decisiones informadas y asertivas. De igual manera es importante que exista un clima de apoyo que les permita a las personas tener el derecho y la posibilidad de elegir. Para lograrlo es necesario enfrentar los prejuicios que rodean a la homosexualidad, a fin de **crear sociedades más respetuosas hacia la diversidad**, equitativas y que velen por los intereses de todos sus miembros sin importar su orientación o prácticas sexuales. De esta manera las personas estarán en condiciones de **elegir sin temor** sobre aspectos como la identidad sexual, la expresión sexual, la orientación sexual y sus actos y prácticas sexuales.

### **3. Acceso a productos de consumo para la prevención**

Es fundamental tener **acceso a productos de consumo de alta calidad** para la prevención como condones y lubricantes, pruebas para la detección de ITS y VIH, así como su tratamiento, condones femeninos, microbicidas y otros productos de consumo para el uso de drogas inyectadas.

Para que las personas puedan incorporar las prácticas de sexo seguro y sexo protegido, es indispensable que estén **disponibles condones y lubricantes** de calidad. Algunas características que deben tener los condones son: envoltura que proteja los condones al máximo, sin mensajes que insinúen que los condones sólo pueden usarse para el sexo con mujeres. Deben contener instrucciones de uso impresas apropiadas y redactadas en un lenguaje simple, combinadas con imágenes explícitas y culturalmente apropiadas. Para muchos hombres el tamaño del condón es un asunto importante. Por ello los condones deben estar disponibles en los tres tamaños existentes. El lubricante es el complemento indispensable para que el condón sea más efectivo. Sin embargo su acceso es más difícil que el de los condones, ya que en América Latina y el Caribe latino existen pocos productores de lubricante, especialmente en sobres para uso individual.

Otro aspecto importante es que los hombres que decidan tener relaciones sexuales con otros hombres puedan contar con las condiciones óptimas para llevar a cabo prácticas sexuales seguras y protegidas, es decir que tengan acceso a condones, lubricantes e información sobre el cuidado de la salud de los usuarios. Esto ofrece oportunidades únicas para **actividades de discusión y capacitación** sobre temas relevantes para la salud de los HG y otros HSH. Estos servicios pueden vincular a los usuarios que así lo requieran a otros servicios de atención y **pruebas de detección** de ITS y VIH. También es posible establecer **servicios de consejería y asesoramiento** en colaboración con organizaciones de la sociedad civil con enfoque de pares.

Finalmente, otros productos de consumo para la prevención incluyen los **condones femeninos, los microbicidas, tratamientos ARV profilácticos** en caso de exposición al VIH (es posible evitar la infección tomando por un periodo determinado ARV luego de una posible exposición al virus).

### **4. Servicios de salud de calidad**

Es fundamental que los HG y otros HSH cuenten con servicios de salud apropiados diseñados para atender sus necesidades específicas de acuerdo a sus requerimientos específicos, tales como diagnóstico y tratamiento de ITS y VIH, servicios de proctología, estudios de próstata, etc., sin descuidar cualquier otro aspecto general de su salud. Es decir que debe prevalecer un

enfoque integral y holístico.

Para garantizar la calidad de los servicios es preciso **que los usuarios se sientan cómodos al hablar abiertamente con los profesionales de la salud** sobre temas relacionados con la sexualidad, la orientación y las prácticas sexuales. Para que ello sea posible los trabajadores de la salud deben tener una **actitud desprejuiciada**. Un servicio de calidad debe además ser **cálido y eficaz**.

En América Latina y el Caribe latino, debido a los complejos climas políticos, sociales y económicos, el acceso a tratamientos ARV y para infecciones oportunistas ha sido posible gracias al esfuerzo de las PVVS y otros activistas de la sociedad civil. El acceso universal a estos medicamentos y los estudios de laboratorio necesarios para el monitoreo y tratamiento de la infección por VIH y otras ITS son fundamentales para garantizar la óptima salud de los HG y otros HSH.

Proporcionar facilidades para el diagnóstico y tratamiento de las ITS y pruebas de detección de VIH que cuenten con **asesoramiento** es un elemento esencial para toda estrategia de prevención. Las pruebas de detección deben responder al deseo y al derecho de las personas de conocer su estatus serológico; ayudar a aquellos con resultado positivo a acceder a la atención apropiada, incluso tratamiento clínico, apoyo emocional y práctico y servicios legales; brindar a aquellos cuyo resultado es negativo servicios de prevención, como educación, distribución y provisión de condones y apoyo social; apoyar en la incorporación de conductas saludables tanto en usuarios positivos como negativos; beneficiar a la comunidad haciendo del VIH un tema común y corriente, reduciendo el estigma y promoviendo la concientización sobre transmisión y prevención; y apoyar a las autoridades de salud para que realicen el seguimiento de la epidemia en la comunidad, y detecten tendencias de propagación en una fase inicial.

Los profesionales de la salud deben recibir **capacitación y actualización** para apoyarlos en el mejoramiento de su desempeño. Los temas cruciales relacionados con la salud de los HG y otros HSH incluyen **sensibilización sobre sexualidad**, la orientación y las prácticas sexuales, sistema reproductivo de los hombres, nutrición, terapias alternativas, etc. Los centros de salud que no les puedan proporcionar atención integral a las personas deben contar con **sistemas de referencia** a otros sitios que cuenten con los servicios necesarios.

La participación de consejeros o asesores de la comunidad en los modelos de atención es una práctica que asegura que las personas puedan abordar temas difíciles con sus pares y evita que los problemas de la salud relacionados con la sexualidad no sean atendidos por las barreras que puedan existir entre los profesionales de la salud y los usuarios.

## **5. Organización y congregación**

Es fundamental que las personas cuenten con la **libertad de organizarse y congregarse** con propósitos sociales, políticos y actividades de desarrollo comunitario en **espacios seguros**.

En muchos países la homosexualidad ha sido perseguida y las leyes castigan a los HG y otros HSH por sus prácticas sexuales. Esto ha contribuido en algunos países a la creación de una cultura subterránea en la que los HG y otros HSH se reúnen con fines sociales, recreativos o sexuales de manera clandestina. Este ambiente no es favorable para promover mensajes de prevención sobre los problemas que afectan su salud. Por ello es indispensable que las personas gocen de libertad para reunirse y congregarse en espacios seguros, libres de coerción, violencia, estigma y discriminación.

Estos espacios deben ser lugares incluyentes que promuevan **la diversidad y la libertad de expresión** de las personas, en los que puedan llevar a cabo actividades sociales y políticas, donde las personas puedan planificar sus estrategias de trabajo, donde puedan organizarse.

Todas las organizaciones deben tener la libertad de decidir sobre sus métodos de estructuración y gobierno y sobre las formas de comunicación y difusión de sus actividades.

Uno de los mayores retos que hemos enfrentado en América Latina y el Caribe latino es que muchas organizaciones han tenido dificultades para obtener **reconocimiento legal** o personería jurídica, que les permita hacer su trabajo de manera efectiva. Es necesario un marco legal que garantice la constitución legal de las organizaciones de base comunitaria para que puedan tener el reconocimiento social necesario y acceder a fuentes de financiamiento formales y sustanciales.

Finalmente, los HG y otros HSH deben tener la libertad de **formar grupos sociales y familiares alternativos** (neofamilias) que cuenten con derechos y responsabilidades iguales al resto de los miembros de la sociedad.

## 6. Acceso a recursos

Es fundamental que las organizaciones de HG y otros HSH cuenten con recursos **para llevar a cabo actividades de prevención** e intervenciones y actividades vinculadas con el desarrollo comunitario.

Debido al estigma y la discriminación prevaletes, muchas organizaciones comunitarias de HG y otros HSH enfrentan serios problemas para obtener los recursos que les permitan llevar a cabo su trabajo. Los gobiernos y donantes locales prefieren invertir recursos en organizaciones que trabajan con temas o poblaciones menos controversiales como discapacitados, adolescentes y mujeres. Estos grupos deben continuar recibiendo recursos para su labor, pero también se deben asignar recursos para trabajar con otros grupos. La mayoría de las organizaciones de HG y otros HSH han obtenido sus recursos de la cooperación internacional, provenientes de países donde la asignación de recursos no está limitada por los prejuicios sociales hacia la homosexualidad.

Sin embargo, los gobiernos deben apoyar las actividades de las organizaciones de los HG y otros HSH para lograr **estrategias de prevención enfocada y efectiva** acordes a la realidad epidemiológica de la región y no sólo con base en una política de apoyo orientada a la provisión de recursos a las organizaciones que trabajan en temas fáciles de defender. La **distribución equitativa** de los recursos debe preponderar y ser **coherente con la realidad de la epidemia**.

Los recursos necesarios para la respuesta al VIH, al SIDA y a las ITS no sólo son financieros; las organizaciones también necesitan contar con **recursos técnicos** que les permitan elevar su eficacia y la calidad de sus intervenciones y con **recursos materiales y tecnológicos** para que su trabajo sea efectivo. También es necesario que cuenten con **recursos humanos capacitados**, ya sea a través de la colaboración con otras instituciones académicas o el intercambio de experiencias entre las diversas organizaciones de la región.

## 7. Estigma y la discriminación

Para que las actividades de prevención sean efectivas es fundamental que se lleven a cabo en un **ambiente libre de estigma y discriminación**.

A causa de los prejuicios existentes y la clandestinidad en que en muchos países se encuentran inmersas las prácticas sexuales entre hombres, las personas pueden sufrir subyugación, violencia y estar expuestas al chantaje. Estas situaciones las hacen vulnerables a adquirir ITS o el VIH. Es necesario que exista un **ambiente legal que proteja a las personas** de tales situaciones.

Por otra parte, existen individuos que se sienten mal consigo mismos debido a que la religión, la sociedad y las leyes no reconocen **la homosexualidad como un comportamiento socialmente aceptable**, lo que hace que muchos de ellos tengan que mentir, esconderse y aislarse del resto de la sociedad por temor a ser discriminados o rechazados. Existen muchas formas de subterfugio: por ejemplo, hombres que no se sienten atraídos eróticamente hacia las mujeres suelen casarse y formar familias heterosexuales con tal de “guardar las apariencias”, llevando una doble vida (una vida homosexual visible junto con una vida en pareja heterosexual aparente).

Las personas que se evaden o aíslan debido a su orientación o prácticas sexuales, suelen experimentar sentimientos de vergüenza, miedo y culpa. Ello hace que repriman su actividad sexual por períodos más o menos largos, seguidos de períodos de desenfreno sexual. Esta situación es especialmente riesgosa, ya que el frenesí de la actividad sexual impide que las personas tomen decisiones asertivas que les permitan protegerse de las ITS y el VIH. Por ello, las personas deben sentirse cómodas consigo mismas para poder estar preparadas física y mentalmente para proteger su salud.

Sólo un ambiente libre de estigma y discriminación hacia la homosexualidad hará que las estrategias de prevención sean verdaderamente efectivas. Un clima con estas características podrá evitar la violencia, el abuso, el chantaje, la pérdida del empleo, el distanciamiento de la familia y garantizar el acceso a servicios de salud de calidad. Por ello es indispensable **crear modelos positivos** que le muestren a la sociedad una cara distinta de las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual a través de **campañas sociales**.

## **8. Involucramiento en la toma de decisiones**

Es fundamental que las poblaciones afectadas por la epidemia del VIH y el SIDA (ya sean vulnerables a la infección o que vivan con la infección) tengan **representación y participación en espacios de toma de decisiones** para lograr un mayor involucramiento en las decisiones que afectan sus intereses.

Debido a que muchos encargados de tomar decisiones no son ajenos a los prejuicios morales y culturales prevalecientes en torno a la homosexualidad y las prácticas sexuales entre hombres, es de especial relevancia que las poblaciones afectadas tengan un mayor involucramiento en estos espacios, a fin de asegurar que sus intereses sean representados en la toma de decisiones que tienen influencia en su vida y salud. Especialmente en espacios donde se elaboran políticas, normas, lineamientos y directrices que tienen que ver con la salud y otras políticas vinculadas con el estigma, la discriminación y la protección de sus derechos humanos

Este proceso de inclusión debe darse en todos los niveles de toma de decisiones, ya sea **local, nacional o regional**. Los representantes de las poblaciones afectadas por la epidemia deben fungir como asesores cuya voz guíe las políticas y decisiones, apoyados por expertos de otros campos como académicos, otros miembros de la sociedad, etc. Se deben definir y poner en marcha **sistemas de retroalimentación** entre los diferentes actores involucrados en la respuesta y la toma de decisiones.

El mayor involucramiento debe incluir tanto a todos los grupos de HG y otros HSH, como a las PVVS y otras poblaciones afectadas, tales como trabajadoras y trabajadores sexuales.

## **9. Desarrollo de capacidades**

Para que las organizaciones de HG y otros HSH puedan responder a la epidemia de manera efectiva es fundamental que cuenten con la capacidad y las habilidades necesarias para construir colectivamente intervenciones efectivas en las diversas áreas de la prevención.

Las estrategias de prevención en muchos países de América Latina y el Caribe latino se han visto caracterizadas por intervenciones hacia la población en general. Este enfoque ha permitido que la epidemia entre los HG y HSH crezca. Al no contar con intervenciones sólidas y sustentables enfocadas en las poblaciones donde la epidemia tiene mayor crecimiento, los gobiernos han sido incapaces de contener su avance. Por esta razón es indispensable que **los esfuerzos gubernamentales se vean complementados y apoyados por los de las organizaciones de la sociedad civil.**

Los temas en que **las organizaciones deben incrementar sus capacidades y habilidades** incluyen: aspectos operacionales con la puesta en marcha de intervenciones de prevención enfocada, temas generales sobre la salud, salud sexual, promoción y defensa de los derechos humanos, diseño de programas de prevención, organización interna, planificación estratégica, comunicación, difusión, incidencia política, gerencia de programas, relaciones externas y trabajo en colaboración con otros actores, monitoreo y evaluación.

## **10. Investigación y evaluación**

Para poder medir el progreso, evaluar las causas, las consecuencias y las necesidades de la comunidad es fundamental que las organizaciones de HG y otros HSH puedan **llevar a cabo investigación y evaluar su quehacer desde una perspectiva comunitaria.**

Tal vez los aspectos relacionados con la investigación y la evaluación desde la perspectiva comunitaria sean los que presenten mayores vacíos. Aún **hay mucho por conocer.** Sin esta información básica nuestras intervenciones carecerán de un cimiento fuerte basado en el conocimiento de los factores, las causas, las consecuencias, los vacíos, las fortalezas, las debilidades, etc. Este conocimiento hará que el trabajo de las organizaciones sea de mayor calidad y por lo tanto que la respuesta se expanda.

La elaboración de **diagnósticos de necesidades** debe convertirse en una práctica común previa a toda acción. De esta forma las intervenciones serán más apropiadas al **vincular la investigación con la acción.** Posteriormente deben ser evaluadas para conocer sus aciertos y debilidades.

**Involucrar a los HG y otros HSH** en las decisiones relacionadas con la investigación es un factor clave para conocer mejor los aspectos antropológicos que contribuyan a mejorar las intervenciones de prevención. También es una forma en que los HG y otros HSH puedan conocerse mejor a sí mismos, estudiándose y analizando sus problemas y decidiendo sobre posibles soluciones.

# Glosario

## **Antirretroviral**

Medicamento que ataca a un tipo específico de virus — los retrovirus— familia a la que pertenece el VIH. Con los antirretrovirales se intenta reducir la carga viral de la persona que vive con el VIH para impedir que el virus se reproduzca y aumentar los linfocitos con el objeto de restaurar el sistema inmunológico.

## **Cabildeo**

Es una parte del proceso de negociación, que consiste en la búsqueda de aliados y en neutralizar enemigos para alcanzar un objetivo. Muchas veces referido a ámbitos políticos, con funcionarios de gobierno. El origen de la palabra se refiere a la tarea de hacer “antesala” en los cabildos o espacios de toma de decisiones, para influir sobre algún tema específico.

## **Climas o ambientes favorables**

En este contexto, se refiere a las acciones que las sociedades, las comunidades y los gobiernos pueden llevar a cabo en el ámbito de la impartición y procuración de justicia, la percepción positiva de los temas relacionados con la sexualidad, el género y la orientación sexual y las políticas laicas del estado.

## **Codependencia**

Se refiere a una relación de pareja basada en la dependencia mutua, ya sea por intereses económicos, de bienestar, estatus o bien por aspectos emocionales. Por ejemplo, cuando un miembro de la pareja siente temor de ser abandonado debido a que el afecto o el amor se han agotado.

## **Construcción de consensos**

Proceso mediante el cual se construyen acuerdos a partir del planteamiento de argumentos para que las partes implicadas obtengan beneficios mutuos de la negociación.

## **Discriminación**

Cualquier forma de diferenciación, exclusión o restricción que afecte a una persona o grupo, sin importar si existe o no alguna justificación para estas medidas. La discriminación también consiste en omitir acciones o servicios para una población determinada.

## **Empoderamiento**

A nivel individual, empoderamiento es el proceso mediante el cual el individuo aprende a hacerse cargo de su propia vida, enfermedad y cuidados. Los individuos empoderados aprenden a conocer sus necesidades, no les dan poder a otros o permiten que decidan por ellos, sino que adquieren el conocimiento necesario para desempeñar un papel activo en la solución de sus problemas.

El empoderamiento de la comunidad es un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades, cuya meta es incrementar el sentido de pertenencia, la influencia y las

voces comunitarias para la incidencia política en temas como la calidad de vida de la comunidad y la justicia social. Se le asocia con autofortalecimiento, autoconfianza, poder propio y vida digna de acuerdo con los valores de uno mismo, entre otros.

### **Endemia**

Una epidemia se define como la frecuencia “inesperada” (en el sentido estadístico) de una enfermedad; una endemia, como la frecuencia esperable de una enfermedad. En el caso del VIH/SIDA los primeros casos claramente demostraban una epidemia; también en cuanto existía incremento en los casos cuando se esperaba que se estabilizaran. El VIH/SIDA es una pandemia en tanto existe en todo el mundo.

### **Enfoque ABC**

El enfoque ABC utiliza intervenciones diseñadas para grupos de población determinados que hacen énfasis en la abstinencia y en la demora del inicio de las relaciones sexuales para el caso de los jóvenes; en la fidelidad mutua y la reducción del número de parejas para el caso de los adultos que tienen una vida sexual activa y en el uso correcto y constante de los condones por parte de aquellos cuyo comportamiento los pone en riesgo de transmitir o contraer la infección por el VIH.

### **Enfoque de pares/iguales**

Es un método de trabajo en el que la persona que realiza la intervención (orientación, intervención de campo, asesoría) comparte alguna característica como la edad, la orientación sexual, el género, el estatus serológico, etc., con la persona a quien la dirige, de tal forma que se pueda generar empatía.

Esta forma de trabajo es exitosa porque permite que las personas que comparten cierta característica también puedan compartir conocimientos y experiencias en situaciones similares.

### **Epidemiología**

Es la ciencia que estudia la *frecuencia* con la que se presenta una enfermedad, la forma *como se distribuye* dentro de una población (a qué personas afecta, en qué lugar geográfico y en qué momento), y *los determinantes* de la enfermedad.

### **Estatus serológico**

Se refiere a la condición que una persona puede ostentar en relación con su contacto con un virus. Si la persona no ha entrado en contacto con un virus como el VIH, su estatus serológico es negativo. Si ha entrado en contacto con él y el virus ha logrado infectar las células que componen su sistema inmunológico, entonces se dice que su estatus serológico es positivo al VIH.

Las pruebas de detección se basan en la identificación de anticuerpos de un determinado patógeno. Si dan un resultado positivo, quiere decir que en el suero sanguíneo

	<p>hay evidencia de que el sistema inmunológico ha desarrollado anticuerpos específicos.</p>
<b>Estigma, estigmatizado</b>	<p>Proceso social o experiencia personal que se caracteriza por la exclusión, el rechazo, la culpa o la devaluación que resulta de un juicio social adverso sobre una persona o grupo. Es un poderoso medio de control social que se aplica a través de la marginalización, la exclusión y el ejercicio del poder sobre individuos que exhiben determinados rasgos.</p>
<b>Incidencia política</b>	<p>Incluye todas aquellas actividades relacionadas con la promoción, gestión y defensa de los derechos humanos; puede incluir aspectos políticos y legales como influir en quienes toman decisiones o en la percepción del público en general sobre un tema específico.</p>
<b>Indicadores</b>	<p>Criterios o parámetros que ayudan a valorar un proyecto. Son una declaración medible de los objetivos de un proyecto. Nos indican si algo salió bien o mal. Los indicadores y los objetivos deben ser AMORES (Alcanzables, Medibles, Oportunos en el tiempo, Realistas, Específicos y Sencillos).</p>
<b>Indicadores de proceso</b>	<p>Son criterios o parámetros que indican: 1) Si se están cumpliendo las actividades clave programadas. 2) La calidad con la que se están realizando. La medida de calidad puede incluir tres puntos de vista: apreciación del organizador sobre su propia actividad, apreciación de las personas que participaron en la actividad y la apreciación por parte de observadores externos.</p>
<b>Indicadores de resultados</b>	<p>Criterios o parámetros que indican que efectivamente se están alcanzando los objetivos específicos. Son observables, medibles y generalmente se expresan en números, tasas o porcentajes. Se plantea un indicador para cada resultado en términos específicos y objetivos.</p>
<b>Indicadores de impacto</b>	<p>Son los parámetros o criterios que ayudan a valorar la forma en que una intervención, estrategia o proyecto ha modificado el ambiente, ya sea político, social, económico, epidemiológico, etc. A este tipo de modificaciones se les llama impacto y generalmente ocurren a mediano y largo plazo. Sin embargo, son difíciles de medir si no se efectúan comparaciones con grupos de control.</p>
<b>Información cualitativa</b>	<p>Es la que se obtiene a través de técnicas cualitativas (como grupos focales, entrevistas de profundidad, observación directa) para profundizar en las percepciones, creencias, valores, y motivaciones que tienen las personas respecto a ciertos comportamientos o prácticas de grupo. Se busca conocer el cómo y el por qué de esos comportamientos o prácticas para explicar procesos y construcciones. La información obtenida se</p>

analiza mediante técnicas de evaluación para dar respuesta a los porqués y es indicativa de sólo un segmento de la población; no se convierte en cifras con las cuales hacer operaciones matemáticas como ocurre con la información cuantitativa, ni se puede hacer una generalización de los resultados para toda una población.

### **Intervención**

Acciones para cambiar una situación, comportamiento o actitud, por ejemplo, distribución de condones o jeringas o una política como eliminar una ley que criminaliza la homosexualidad. La mayoría de las intervenciones se enfocan en reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, interviniendo en la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos o comunidades, aportando recursos materiales o profesionales y promoviendo una mejor calidad de vida.

### **Jóvenes**

En este documento, los jóvenes se definen como las personas que tienen más de 16 años de edad.

### **Mercadeo social**

Es una herramienta para la difusión de campañas preventivas que estimula hábitos de compra utilizando técnicas de marketing. Consiste en distribuir productos y servicios de salud a personas de bajos recursos, buscando estimular su uso, así como comportamientos saludables a través de un cambio de actitudes.

Muchas veces el mercadeo social distribuye gratuitamente los productos al principio, a fin de generar conciencia de su necesidad y posteriormente los vende a precios bajos, accesibles a comunidades de pocos ingresos.

### **Pandemia**

Enfermedad que se presenta en forma de brote epidémico de gran intensidad, y que afecta a un gran número de poblaciones de regiones determinadas. Generalmente es de magnitudes mundiales.

### **Parejas serodiscordantes**

Se refiere a dos personas involucradas en una relación erótica, afectiva o que han formado una familia alternativa, cuyo estatus serológico no es el mismo. Es decir, que un miembro de la pareja es positivo al VIH y el otro no. Este término también se les aplica a parejas que no comparten otras condiciones como la hepatitis.

### **Personería jurídica**

Se refiere a la constitución legal de una organización, la cual se expresa en muchos países con la obtención notarial de un acta constitutiva y el registro de la organización para controles gubernamentales de tipo fiscal y legal.

### **Población blanco**

También llamada público meta. Son las poblaciones a las que se dirigen las iniciativas.

### **Poblaciones clave**

Son todos los grupos de poblaciones que son relevantes en el fenómeno de propagación de una epidemia. Se

determinan de acuerdo con las dinámicas de una epidemia en particular. Por ejemplo las poblaciones mayormente afectadas o aquéllas que por su influencia representan oportunidades para enfrentarlas.

**Población vulnerable**

Es la población en la que existe una probabilidad, más grande que en la población general, de estar expuesta a una infección o daño de acuerdo con factores biológicos, epidemiológicos y socioculturales.

**Prevalencia**

La prevalencia puede definirse como el número de personas que vive con VIH. Usualmente se manifiesta en número de casos por una base poblacional. De acuerdo con su frecuencia puede ser un porcentaje o una medida por cien mil o un millón de habitantes.

**Reducción del VIH/SIDA**

Término que se utiliza para describir cualquier política o acción diseñada para disminuir el mal ocasionado por un comportamiento potencialmente peligroso, ya sea sexual o por uso de drogas. Otros términos equivalentes que también se utilizan son minimización del daño, reducción del riesgo y manejo del riesgo. Se refiere a las medidas que se pueden tomar para disminuir el riesgo de contraer el VIH, ya sea por el uso de drogas inyectadas o a través del contacto sexual. Estas medidas son alternativas más seguras, como por ejemplo aprovecharse de tener acceso a información acerca de otras medidas promotoras de la salud. Tomando en cuenta que el comportamiento sexual es el resultado de varios factores, como por ejemplo situacionales, culturales, sociales y personales, la reducción del VIH/SIDA sugiere que la prevención se enfoque en informar a la gente de los riesgos de diversas prácticas y en promover actividades sexuales que tengan menos probabilidad de transmitir el VIH. Los comportamientos suelen ser difíciles de cambiar. Por lo tanto requieren de pequeños pasos para alcanzar ese objetivo.

**Roles de género**

Actitudes, ideas y sentimientos que la sociedad les ha adjudicado tanto a hombres como a mujeres.

**Sesgos en los datos**

Pérdida de objetividad en la información al ser afectada o modificada debido a apreciaciones u opiniones personales en la investigación.

**Sexo penetrativo sin uso de condón**

Del inglés (montar a pelo), a veces llamado “barebacking”. Muchas personas deciden tener estas prácticas por diferentes motivos, como recuperar el placer carne-carne o el estar involucrados en relaciones de riesgo de manera consciente. Otras personas involucradas en relaciones de larga duración y que conocen su estatus serológico pueden decidir optar por esta práctica.

<b>Sexo protegido</b>	Sexo con riesgo mínimo por el uso de barreras de protección (condones, masculinos y femeninos, guantes de látex) durante las relaciones penetrativas o en las que haya intercambio de fluidos.
<b>Sexo seguro</b>	Sexo sin riesgo. Sexo sin penetración, incluye masturbarse, masturbación mutua, acariciarse, hablar de deseos sexuales, sexo por teléfono etc.
<b>Transgénero</b>	Término que describe a las personas que experimentan y/o expresan su género de forma diferente de lo que esperaría la mayoría de la gente. Término amplio que incluye a las personas transexuales, travestis y a todo aquel o aquella que expresa características de género que no corresponden a las características tradicionalmente asociadas con el sexo (o el sexo que se asume) de la persona.
<b>Transexual</b>	Término médico que describe a una persona cuyo género y sexo no están alineados, y quien a menudo busca tratamiento médico para alinear su cuerpo con su identidad de género por medio del “cambio de sexo”.
<b>Travestis</b>	Personas que se identifican con su género de nacimiento, pero a veces se visten con ropas del género opuesto. Travestista es un término que describe a un hombre que regularmente se viste con ropas de mujer o una mujer que se viste con ropas de hombre para salir, divertirse u obtener gratificación sexual. Muchas personas que se travisten no necesariamente son homosexuales.

## Referencias bibliográficas

Ardila H, Stanton J, Gauthier L. (1999) Estrategias y Lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH. ONUSIDA. Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA. Bogotá, Colombia.

ASICAL (2000) Análisis de la situación y respuesta de la epidemia del VIH en HSH y plan estratégico Bolivia. La Paz, Bolivia.

ASICAL (2000) Análisis de situación y respuesta del VIH/SIDA con HSH Colombia. Bogotá, Colombia.

ASICAL (2000) Plan estratégico en VIH/SIDA con HSH. San Andrés, Colombia.

ASICAL (2000) Análisis de la situación y respuesta de la epidemia de VIH en HSH y plan estratégico, Chile. Santiago, Chile, 2000.

ASICAL (2000) Análisis de la situación y respuesta de la epidemia del VIH en HSH y plan estratégico Ecuador. Quito, Ecuador.

ASICAL (2000) Análisis de la situación y respuesta de la epidemia del VIH en HSH y plan estratégico, Paraguay y Uruguay. Montevideo, Uruguay.

ASICAL (2000) Análisis de la situación y respuesta de la epidemia del VIH en HSH y plan estratégico Venezuela. Caracas, Venezuela.

ASICAL (2000) Consulta nacional sobre programas de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA para el sector de HSH. Nicaragua.

ASICAL (2000) Matriz de intervenciones en prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con HSH. Río de Janeiro, Brasil.

ASICAL/LCLCS (2003). Panorama regional del VIH/SIDA y HSH en América Latina. Bogotá, Colombia.

ASICAL/The POLICY Project (2003). Guía de Incidencia política en VIH/SIDA HG y otros HSH. Quito, Ecuador.

Cáceres CF, Chequer P. (2000) Los hombres que tienen sexo con otros hombres y la epidemia del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Anais Fórum 2000. I Forum e II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/SIDA e ITS. Volumen I. Río de Janeiro, Brasil, 440-1.

C Bautista, J.L. Sánchez; et al. (2004) Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among South American men who have sex with men. [www.stijournal.com](http://www.stijournal.com)

García de León CN, Arellano Ayala FJ. (2000) Masculinidades, hombres que tienen sexo con hombres y sexo seguro. Anais Fórum. I Forum e II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/SIDA e ITS. Volumen I. Río de Janeiro, Brasil, 340-1.

HFI (2004) HIV/AIDS Prevention, Care & Treatment Resources. Intervenciones en VIH/SIDA con hombres que tienen sexo con hombres. [www.fhi.org](http://www.fhi.org)

International HIV/AIDS Alliance (2003) Prevención del VIH y las ITS para hombres que tienen sexo con hombres. Brighton, UK.

- Izazola-Licea et al. (1995) Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México. *Salud Pública, México*, 37 (8): 602-614, noviembre-diciembre.
- Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, G. Meléndez. (2000). *Advocacy and Training to Promote HIV/AIDS Prevention, Care and Support Programs With Men who Have Sex with Men in Latin America. Final Report.*
- Mayorga Rubén. Derechos humanos y movilización comunitaria. La respuesta social y cultural. En: *Situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Una revisión basada en el Foro 2003.* José Antonio Izazola, Editor. Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC, ONUSIDA, GCTH. México, 2003. p. 91-106.
- Mayorga, Rubén. La planificación estratégica para hombres que tienen sexo con hombres y ciudadanía en América Latina y el Caribe. En: *Políticas públicas y prevención del VIH/SIDA en América latina y el Caribe. Una revisión basada en la Conferencia Latinoamericana y del Caribe Forum 2000.* José Antonio Izazola, Editor. Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC, ONUSIDA. México, 2001. p. 185-239.
- Mayorga Rubén, R.; Stanton, J.; Calderón, J.; Díaz, A.; Freda, R.; Muñoz, F.; Meléndez, G. (2000) Diferentes modalidades de planificación estratégica en temática en VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres: la experiencia diversa de ASICAL. *Anais Fórum. I Forum e II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe en VIH/SIDA e ITS. Volumen I. Río de Janeiro, Brasil, 811-2*
- Mayorga Rubén, Rodríguez-Leerayes MA. La exclusión social basada en la orientación sexual o heterosexual en Guatemala. *Cuadernos de Desarrollo Humano, N° 2001-9.* Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala, Guatemala, junio de 2001, 31 p.
- Mayorga Rubén, Rodríguez-Leerayes MA. Otras poblaciones especialmente excluidas. Personas con orientación sexual no heterosexual. En: *Guatemala, la fuerza incluyente del desarrollo humano. Informe de desarrollo humano 2000.* Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala, Guatemala, 2000, 151-155.
- Mckenna, N. (1996) *On the margins: Men who have sex with men and HIV in the development world.* London. The Panos Institute.
- Montoya Orlando. (1992) *Comunicación, trato y atención brindados por médicos a hombres que tienen sexo con hombres en el Ecuador.* AIDSCOM/Proyecto No. 936-5972. Quito-Ecuador.
- Montoya Orlando (2003) SIDALAC/ONUSIDA/GCTH/Fundación Mexicana para la Salud. En: *Situación del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Estigma y Discriminación.* México.
- ONUSIDA (1997) *El SIDA y las relaciones sexuales entre varones. Actualización técnica.* Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA, (1997) *Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA. Consulta regional sobre programas de prevención, atención y apoyo en VIH/SIDA con hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe, Informe final.* Bogotá, Colombia.
- ONUSIDA (1998) *El SIDA y las relaciones sexuales entre varones. Punto de vista del ONUSIDA. Colección Prácticas Óptimas.* Ginebra Suiza.
- ONUSIDA (2000) *SIDA, los hombres marcan la diferencia. Metas, Objetivos e Ideas para la acción. Campaña mundial contra el SIDA, 2000.* Ginebra, Suiza.
- Parker, R. (1996) *Behavior in Latin American Men: implications for HIV/aids interventions.* *International Journal of STD & AIDS*, Vol. 7(2), p. 62-65.

Parker, Ríos & Terto. (1998) Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina, en Izáosla, ed. Políticas Públicas y Prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. Ciudad de México; SIDALAC.

Parker & Terto, Jr. (1998) Entre Homens, AIDS e homossexualidade no Brasil. Río de Janeiro; ABBIA.

Ramah, M, Pareja, R, Hasbun, J. 2002 República Dominicana: estilos de vida y prácticas sexuales. Los resultados de un estudio KABP aplicado entre hombres homosexuales y bisexuales. Santo Domingo, República Dominicana, PortesNovelli, I Washington DC. AIDSCOM/DR; COMPUMETODOS/DR. Amigos Siempre Amigos. Documento inédito.

Rodríguez Leerayes MA, Mayorga Sagastume R., Álvarez S., García Manzo A. Caracterización comentada de contextos de vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la Ciudad de Guatemala. Guatemala, Guatemala, 2000.

Rodríguez, J. (2000). La aceptabilidad del riesgo respecto del VIH/SIDA. El caso de los hombres que tienen sexo con otros hombres. En Mónica Cogna (comp) Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud sexual y reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia. Buenos Aires. CEDES, p 303-366.

Rosser, BRS; Mazín, R. (1999) A training course in sexual health promotion for hiv/std prevention workers and community leaders targeting men who have sex with men. El Paso, Texas.

SIDALAC/Richard Parker, Luís Felipe Ríos, Veriano Terto Jr., (2001) Intervenciones para hombres que tienen sexo con hombres: una revisión de la investigación y prácticas preventivas en América Latina. Políticas Públicas y Prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. México.

The Naz Foundation (India) Trust (2001) Training Manual: an introduction to promoting sexual health for men who have sex with men and gay men. New Delhi, India.

Toro-Alfonso, J. (1995) El desarrollo de una intervención para la prevención del VIH para hombres homosexuales en Puerto Rico: Un modelo para el Caribe. Revista Interamericana de Psicología, 34, p. 173-193.

UPCH/ONUSIDA/Cáceres Carlos, et al, (2002) SIDA y Sexo entre Hombres en América: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo.

# Lista de participantes en el taller de Guatemala

## Octubre de 2003

1. Rafael Freda, Argentina: Sociedad de Integración Gay y Lésbica Argentina.
2. Marcelo Cerqueira, Brasil: Grupo Gay de Bahía.
3. Luiz Carlos Freitas, Brasil: Grupo Arco Irís.
4. Toni Reis, Brasil: Grupo Dignidade.
5. Fernando Muñoz, Chile: Movimiento Unificado de Minorías Sexuales.
6. Carlos Serrano, Chile: SIDACCION
7. Alfredo Mejía, Colombia: Fundación Henry Ardila.
8. Gustavo Adolfo Chinchilla, Costa Rica: ASOVIHSIDA.
9. Mario Kleinmoeding, Curaçao.
10. Orlando Montoya, Ecuador: Fundación Ecuatoriana Equidad.
11. Silvia Tello, Ecuador: Corporación Kimirina.
12. Neptalí Arias, Ecuador: Fundación Amigos por la Vida.
13. Antonio Ube, Ecuador: Fundación Acción y Educación en SIDA.
14. William Hernández, El Salvador: Asociación Entre Amigos.
15. Ever Guillén, Honduras: Kukulcan.
16. Ramón Valladares, Honduras: Comunidad Gay Sampedrana.
17. Carlos García de León, México: AVE de México.
18. Luis Bracho, México: CD4.
19. Onán Vasquez, México: Vida Plena.
20. Omar Feliciano Mendoza, México: La Manta de México.
21. Arturo Díaz, México: LetraS.
22. Norman Gutiérrez, Nicaragua: Centro para la Educación y Prevención del SIDA, Cepresi.
23. José Castellero, Panamá: Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá.
24. Leonardo Sánchez, República Dominicana: Amigos Siempre Amigos
25. Sergio Guzmán, Venezuela: Sociedad Wills Wilde.
26. Claudia Rosales, Guatemala: Gente Positiva.
27. Israel Orrego, Guatemala: Colectivo LGBT

28. José Nelson Gramajo, Guatemala: Colectivo Travesti “Reinas de la Noche”.
29. Gustavo Torres, Guatemala: OASIS.
30. Jorge López, Guatemala: OASIS.
31. Carlos Ibáñez, Guatemala: OASIS.
32. Stephen Lewis, Reino Unido: Alianza Internacional
33. Christopher Price, Estados Unidos de América: Alianza Internacional.
34. Luis Zapeta, Guatemala, apoyo técnico: OASIS.
35. María Gabriela Hernández, Guatemala, apoyo técnico: OASIS.

### ***Facilitadores del taller de Guatemala***

Ken Morrison, México

Rubén Mayorga, Guatemala